

Introductory Page to Medicare & You

Changes to Medicare & You 2000 (printed in September 1999)

Please note: Since the printing of Medicare & You 2000 in September 1999, the following changes have been made to the Medicare & You 2000 handbook:

As of January 1, 2000, the Medicare Part A deductibles that you pay for each benefit period are:

- \$776 for a hospital stay of 1-60 days;
- \$194 per day for days 61-90 of a hospital stay;
- \$388 per day for days 91-150 of a hospital stay; and
- \$97 per day for days 21-100 in a skilled nursing facility.

There is no change in the Part B deductible for the year 2000.

For hospice care under Medicare Part A, you pay a copayment of up to \$5 for outpatient prescription drugs and 5% of the Medicare payment amount for respite care. The amount you pay for respite care can change each year.

Under Medicare Part B, you pay 20% for all outpatient physical and speech therapy services and 20% for all outpatient occupational therapy services. There is no longer a \$1500 limit on these services in the outpatient setting.

The Qualified Medicare Beneficiary, Specified Low-Income Beneficiary, or Qualifying Individual programs to help low income Medicare beneficiaries may not be available in Guam, Puerto Rico, the Virgin Islands, the Northern Mariana Islands, and American Samoa.

If you are retired from the military and may be entitled to medical benefits, the correct Department of Defense telephone number to call is 1-800-538-9552.

Edición en Letra Grande

Medicare y Usted 2000

Este manual explica...

- Sus beneficios con Medicare
- Sus opciones con el plan Medicare
- Donde llamar para conseguir ayuda

Lo esencial se resume en las páginas 2-6.
Conserve este manual para referencia futura.



ADMINISTRACIÓN PARA EL FINANCIAMIENTO
DE SERVICIOS DE SALUD

La Agencia Federal de Medicare

Tabla de Contenido

Tema	Página(s)
El contenido esencial de Medicare y Usted	2-6
Una bienvenida	2
Como utilizar este libro	4
Un vistazo a Medicare	6
Sus beneficios de Medicare	7-19
Ayudando a pagar los costos de servicios de salud	18
Escogiendo su Plan Medicare	20-35
El Plan Original de Medicare	21-26
Plan de Salud Administrada	27-35
Donde llamar cuando necesita ayuda	36-69
Sus derechos y protecciones con Medicare	70-77
Preguntas y Respuestas	78-89
(Más ayuda con sus preguntas sobre Medicare)	
Definiciones de términos importantes	94-96
Índice (una lista alfabética de temas de Medicare)	97-102

Compartiendo a *Medicare y Usted*: Domicilios con hasta cuatro personas con Medicare recibirán un sólo manual para compartir. Esto le ayuda a Medicare ahorrar dinero. Las demás personas con Medicare en esos domicilios recibirán una tarjeta postal, que les dirá como pueden obtener un manual extra si hace falta. Si su hogar recibió más de un manual pero quiere compartir copias en el futuro, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-800-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o vocales).

Si Usted tiene Protección por Medio de su Empleador o Sindicato: Vea información importante en la página 20.

Beneficiarios del Plan de Retiro Ferroviario: Llame a su Junta de Retiro Ferroviario local para respuestas a sus preguntas sobre Medicare. Puede encontrar su oficina local llamando al 1-800-808-0772. Mayor información sobre Medicare para Retirados Ferroviarios puede encontrarse en el Internet en www.rrb.gov.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-800-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o vocales), o busque en el Internet en www.medicare.gov para información local sobre planes de salud Medicare en su área.

Medicare y Usted explica el programa Medicare. No es un documento legal. Las disposiciones oficiales del programa Medicare se contienen en las leyes, reglamentos, y fallos judiciales correspondientes.

El Contenido Esencial de Medicare y Usted

¡Bienvenido a *Medicare*!

Este manual le presenta los puntos esenciales de Medicare. Las primeras tres páginas son un resumen muy corto que usted puede leer para entender las cosas más importantes. El resto del manual entra en mayor detalle. **Por favor guárdelo donde pueda encontrarlo si lo necesita.**

Usted puede usar este manual para entender como funciona Medicare. Le dirá cuales son las protecciones que Medicare le ofrece, y que hacer cuando tenga algún problema.

Este manual es válido desde el 1º de enero, 2000 hasta el 31 de diciembre, 2000. Cada otoño usted recibirá un manual nuevo para utilizar en el año siguiente, para que esté siempre al corriente de los cambios en Medicare.

Usted debe saber que:

- ✓ Con Medicare usted tiene opciones de como recibir sus servicios de salud (ver página 20).
- ✓ Medicare no paga por todos sus gastos de salud. Pero es posible que usted consiga más protección médica (ver página 23). También es posible que usted obtenga ayuda para pagar sus costos de atención médica (ver página 18).
- ✓ Medicare le protege y le ofrece derechos (ver página 70).
- ✓ Medicare tiene una línea telefónica gratis. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-800-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o vocales) para obtener más ayuda con sus preguntas sobre Medicare (ver página 92), o busque en el Internet en www.medicare.gov.

Queremos que usted sepa que nosotros siempre estaremos comprometidos con que Medicare trabaje para usted.



Donna E. Shalala
Secretaria,
Departamento de
Salud y Servicios
Humanos



Nancy-Ann Min DeParle
Administradora,
Administración para el
Financiamiento de
Servicios de Salud.

El Contenido Esencial de Medicare y Usted

Como Utilizar Este Manual

Si usted es recién llegado a Medicare, o si quiere saber más sobre Medicare...

Conviene que lea sobre:	En página(s)...
La cobertura que ofrece Medicare	9-18
Como conseguir ayuda para pagar sus gastos médicos	19
Como puede conseguir su cobertura Medicare	21
Sus derechos y protecciones bajo Medicare	70-77
Como inscribirse con Medicare Parte B	78

Si quiere aprender sobre los Planes de Servicios Administrados de Medicare...

Conviene que lea sobre:	En página(s)...
Quien puede inscribirse	28
Como funcionan	28
Como conseguir una lista actualizada de Planes de Servicios Administrados de Medicare en su área	30
Como inscribirse	32

Si tiene cobertura médica por medio de un plan patronal o sindical...

Conviene que lea sobre:	En página(s)...
Que puede pasar con su cobertura si se inscribe con servicios administrados	20
Que hacer si pierde su cobertura patronal o sindical	25

Si necesita cuidado en el hogar, en un hospicio, de salud mental, o cuidado especializado de enfermería...

Conviene que lea sobre:	En página(s)...
Lo que cubre Medicare	9-13
Sus derechos y protecciones para estos tipos de atención . .	74-75
Como conseguir información más detallada	87

¿Qué Novedades hay en *Medicare y Usted* 2000?

Una línea telefónica gratis para ayudar con sus preguntas sobre Medicare, ver página 92.

Un nuevo aviso sobre salud en el hogar, ver página 75.

Utilizando el Internet para comparar asilos para ancianos, ver página 89.

Exámenes para el cáncer de la próstata, ver página 15.

Nota: La terminología en **rojo** se define en las páginas 94-96

El Contenido Esencial de Medicare y Usted

Un Vistazo Rápido a Medicare

Medicare es un Programa de Seguro de Salud para:

- Personas de 65 años de edad o mayores.
- Ciertas personas incapacitadas menores de 65 años de edad.
- Personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (paro permanente de los riñones tratado por diálisis o trasplante).

Medicare tiene dos partes:

Parte A (Seguro de Hospital, ver página 7).

La mayoría de las personas no tienen que pagar por Parte A.

Parte B (Seguro Médico, ver página 7).

La mayoría de las personas tiene que pagar mensualmente por Parte B.

Puede ser que usted tenga opciones sobre como recibir sus servicios de salud.

- **El Plan Original de Medicare** - Este plan está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos (ver página 21), y es la forma en que la mayoría de las personas reciben sus servicios de salud de Medicare Parte A y Parte B. Usted puede ir a cualquier doctor, especialista, u hospital que acepte Medicare. Usted paga su porción, y Medicare paga la suya. Ciertas cosas, como por ejemplo medicinas recetadas, no se cubren.
- **Planes de Servicios Administrados** - Estos son opciones de servicios de salud en ciertas áreas del país (ver página 27). La mayoría de los planes sólo le permiten ir a doctores, especialistas, u hospitales que constan en la lista del plan. Estos planes deben cubrir todos los servicios de salud de Medicare Parte A y Parte B, pero hay algunos planes que cubren cosas adicionales, como por ejemplo medicinas recetadas. Sus costos pueden ser menores que con el Plan Original de Medicare.

Medicare cubre ciertos exámenes médicos y vacunas que pueden ayudarle a conservar su salud (ver página 15).

Usted puede conseguir ayuda con sus preguntas sobre Medicare (ver página 92).

Visit www.medicare.gov

¿Qué son Parte A y Parte B?

Parte A (Seguro de Hospital)

Ayuda a Pagar Por: Atención en hospitales, centros de enfermería especializada, hospicios, y ciertos tipos de cuidado en el hogar. (Ver página 9).

Costo: La mayoría de las personas no tienen que pagar una cuota mensual (prima) para disfrutar de Parte A, ya que ellos (o su cónyuge) pagaron el impuesto de Medicare mientras trabajaban.

Si usted (o su cónyuge) no pagó impuestos de Medicare mientras trabajaba, es posible que pueda conseguir Parte A. Si no está seguro si tiene Parte A, examine su tarjeta blanca-azul-roja de Medicare. Esta dirá "Part A (Hospital Insurance)", en la esquina inferior izquierda de la tarjeta (ver página 22). Si quiere, también puede llamar a su oficina local del Seguro Social, o llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213.

Para Mayor Información:

Llame a su Intermediario Fiscal con respecto a cuentas y servicios (ver páginas 51-54). Su Intermediario Fiscal es el que maneja sus cuentas de Medicare Parte A.

Parte B (Seguro Médico)

Ayuda a Pagar Por: Doctores, atención hospitalaria ambulatoria, y ciertos otros servicios médicos no cubiertos en Parte A, como por ejemplo los servicios de terapia física y ocupacional, y ciertos servicios de salud en el hogar. Parte B ayuda a pagar por servicios de doctor que son médicamente necesarios. (Ver páginas 12-17).

Costo: Usted paga la prima de Medicare Parte B de \$45.50* al mes.

Este es el monto para 1999, y puede ser que cambie el 1º de enero,

Para Mayor Información:

Llame a su Agencia de Seguros de Medicare cuando tenga preguntas con respecto a cuentas y servicios (ver páginas 42-46). Su Agencia de Seguros de Medicare es la que maneja sus cuentas de Medicare Parte B.

* El monto para la nueva prima Parte B estará disponible para el 1º

Sus Beneficios de Medicare

2000. En algunos casos, este monto puede ser más elevado si usted no escogió la Parte B cuando se volvió elegible. **El costo de la Parte B puede subir hasta en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haberse inscrito en Parte B, pero no lo hizo.** Ver página 78 para más información sobre la inscripción en Parte B.

Inscribirse en la Parte B es una opción que usted puede elegir. Si usted escoge Parte B, la prima usualmente se sustrae de su pago mensual de Seguro Social, Retiro Ferroviario, o Retiro del Servicio Civil. Si usted no recibe ninguno de estos pagos, cada 3 meses Medicare le mandará una cuenta por su prima Parte B. Usted debería recibir su cuenta por la prima Medicare para el día 10 de cada mes. Si no ha recibido su cuenta para el día 10, avísele al Seguro Social al 1-800-772-1213.

Medicare Parte A (Seguro de Hospital) Cubre:

Estadías en el Hospital: Habitación semiprivada, comidas, enfermería general, y otros servicios y suministros hospitalarios. Esto no incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación, o una habitación privada, a menos que sea **necesario por razones médicas**. Cobertura de estancias en una institución psiquiátrica por razones de salud mental se limitan al plazo de 190 días por vida.

En 1999,* Por cada **período de beneficios** usted paga:

- Un total de \$768 por la estadía en un hospital de 1-60 días.
- \$192 por día para los días 61-90 de estadía en un hospital.
- \$384 por día para los días 91-150 de estadía en un hospital. (Ver Días Reserva en página 95).
- Todo costo para cada día por encima de los 150 días.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés):** Habitación semi-privada, servicios de enfermería especializada y de rehabilitación, y otros servicios y suministros (después de una estadía en un hospital por 3 días). Para mayor información sobre los SNFs y el cuidado a largo plazo, ver páginas 74 y 88.

En 1999,* Por cada **período de beneficios** usted paga:

- Nada por los primeros 20 días.
- Hasta \$96 por día para los días 21-100.

* Los montos nuevos para Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1º de enero, 2000.

** Usted debe cumplir con ciertas condiciones para que Medicare cubra estos servicios.

continuación ►

Sus Beneficios de Medicare

Medicare Parte A (Seguro de Hospital) Cubre:

- Todo costo por encima del día 100 en el período de beneficios.

Si usted tiene preguntas sobre cuidado SNF y las estipulaciones de la cobertura, llame a su Intermediario Fiscal. Esta es la empresa que paga cuentas de Medicare Parte A (ver páginas 51-54).

Servicios de cuidado de la salud en el hogar:** Cuidado (tiempo parcial) de enfermería especializada, terapia física, terapia vocal, servicios de un asistente para la salud en el hogar, equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores para caminar) y suministros, y otros servicios (ver páginas 75 y 88).

En 1999,* Por cada **período de beneficios** usted paga:

- Nada por los servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- El 20% del monto aprobado para equipo médico duradero.

Si tiene preguntas sobre sus servicios de cuidado de la salud en el hogar y las reglas de la cobertura, llame a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar (ver páginas 55-56).

Cuidado de Hospicio:** Servicios médicos y de apoyo de un hospicio aprobado por Medicare, medicinas para el control de síntomas y para aliviar el dolor, relevo para que descanse el cuidador a corto plazo, atención en un hospicio, hospital, o asilo para ancianos cuando sea necesario, y otros servicios no cubiertos por Medicare. También se cubre el cuidado en el hogar.

* Los montos nuevos para Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1° de enero, 2000.

** Usted debe cumplir con ciertas condiciones para que Medicare cubra estos servicios.

Medicare Parte A (Seguro de Hospital) Cubre:

En 1999,* Por cada **período de beneficios** usted paga:

- Un co-pago de hasta \$5 por medicinas de receta ambulatoria, y un 5% del monto cubierto por Medicare para cuidado interno de relevo (cuidado a corto plazo que le brinda otro cuidador a un paciente de hospicio, para que el cuidador de costumbre pueda descansar). El monto que usted abona por el cuidado de respiro (descanso) puede cambiar anualmente.

Si usted tiene preguntas sobre el cuidado de hospicio y las condiciones de cobertura, llame a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar (ver páginas 55-56).

Sangre: Suministrado en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta.

En 1999,* Por cada **período de beneficios** usted paga:

- Por las primeras 3 pintas de sangre.

* Los montos nuevos para Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1° de enero, 2000.

Si usted tiene preguntas generales sobre Medicare Parte A, llame a su Intermediario Fiscal. Esta es la empresa que paga las cuentas de Medicare Parte A (ver páginas 51-54).

Nota: Los montos actuales que usted deberá pagar pueden ser mayores si el médico no acepta la asignación (ver página 47). Si usted tiene preguntas generales sobre su cobertura Medicare Parte B, llame a su Agencia de Seguros Medicare. Esta es la empresa que paga las cuentas de Medicare Parte B (ver páginas 42-46).

Sus Beneficios de Medicare

Medicare Parte B (Seguro Médico) Cubre:

Servicios Médicos y Otros: Servicios de doctor (excepto exámenes físicos de rutina), servicios y suministros médicos externos y quirúrgicos, exámenes diagnósticos, cargos de centros de cirugía ambulatoria para procedimientos aprobados, y equipo médico duradero (tal como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores para caminar).

También cubre terapia física y ocupacional externa, incluyendo terapia vocal, y servicios de salud mental.

En 1999,* Por cada **período de beneficios** usted paga:

- \$100 **deducible** (pagar una vez por año calendario).
- 20% del monto aprobado después del deducible, excepto en el contexto ambulatorio. (Ver pregunta 12 en la página 83).
- 20% de \$1,500 por todo servicio ambulatorio de terapia física y vocal. Usted paga todos los cargos por encima de \$1,500. (**Servicios externos de terapia en hospital no cuentan para el límite de \$1,500**).
- 50% de la mayoría de los servicios de salud mental externos.

Servicios de Laboratorio Clínico: Exámenes de sangre, urinálisis, y más.

En 1999,* Por cada **período de beneficios** usted paga:

- Nada por servicios

Servicios de Salud en el Hogar:** Cuidado especializado (tiempo-parcial), servicios de ayudante de salud en el hogar, equipo médico duradero suministrado por una agencia de salud del hogar cuando se recibe servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare, y otros suministros y servicios.

Medicare Parte B (Seguro Médico) Cubre:

En 1999,* Por cada **período de beneficios** usted paga:

- Nada por servicios
 - 20% del monto aprobado para equipo médico duradero.
-

Servicios de Hospital Externos: Servicios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o heridas.

En 1999,* Por cada **período de beneficios** usted paga:

- 20% del monto facturado (después del deducible).
 - Durante el año 2000, esto cambiará a un monto determinado de co-pago.
-

Sangre: Pintas de sangre que se necesiten como paciente externo, o como parte de un servicio cubierto por Parte B.

En 1999,* Por cada **período de beneficios** usted paga:

- Por las primeras 3 pintas de sangre, y después por 20% del monto aprobado por pintas adicionales de sangre (después del deducible).

* Los montos nuevos para Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1º de enero, 2000.

** Usted debe cumplir con ciertas condiciones para que Medicare cubra estos servicios.

Nota: Los montos actuales que usted deberá pagar pueden ser mayores si el médico no acepta la asignación (ver página 84). Si usted tiene preguntas generales sobre su cobertura Medicare Parte B, llame a su Agencia de Seguros Medicare. Esta es la empresa que paga las cuentas de Medicare Parte B (ver páginas 42-46).

Sus Beneficios de Medicare

Servicios Preventivos Cubiertos por Medicare Parte B

Medición de la Masa Ósea:

Varía según su estado de salud

Quien Está Cubierto... Ciertas personas con Medicare con riesgo de perder masa ósea.

Lo Que Usted Paga... 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible anual Parte B

Examen para el Cáncer Colorectal:

- Examen de Sangre Oculta en Materia Fecal - Una vez al año
- Sigmoidoscopia - Una vez cada cuatro años
- Colonoscopia - Una vez cada dos años si usted presenta alto riesgo para el cáncer del colon.
- Enema de Barium - El médico puede usarla en vez de la colonoscopia o la sigmoidoscopia.

Quien Está Cubierto... Toda persona con Medicare, de 50 años o más. Sin embargo, no hay límite de edad para la colonoscopia.

Lo Que Usted Paga... No hay **co-seguro** y no hay deducible Parte B para los exámenes de sangre oculta en materia fecal. Para todo otro examen, el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible anual Parte B.

Monitoreo de Diabetes:

Incluye cobertura del monitoreo de glucosa, tiras para exámenes, lancetas, y entrenamiento para auto-administración.

Quien Está Cubierto... Toda persona con Medicare con diabetes (sea o no usuario de insulina).

Lo Que Usted Paga... 20% del monto aprobado por Medicare después del **deducible** anual Parte B.

Servicios Preventivos Cubiertos por Medicare Parte B

Examen de Mamografía:

Una vez al año.

Quien Está Cubierto...Toda mujer con Medicare de 40 años o más.

Lo Que Usted Paga...20% del monto aprobado por Medicare sin **deducible** anual Parte B.

Citología Pap y Examen Pélvico:

(Incluye un examen clínico de los senos).

Una vez cada tres años. Una vez al año si usted presenta alto riesgo de cáncer cervical o vaginal, o si usted es de edad fértil y tuvo un examen Papanicolau en los tres años anteriores.

Quien Está Cubierto...Toda mujer con Medicare.

Lo Que Usted Paga...No hay **co-seguro** y no hay **deducible** Parte B para los exámenes Papanicolau (cargos del laboratorio clínico). Para servicios del médico y otros exámenes, 20% del monto aprobado por Medicare después del **deducible** anual Parte B.

Examen para el Cáncer de la Próstata:

Comenzando el 1º de enero, 2000.

- Examen Digital Rectal - Una vez al año.
- Examen de Antígeno Específico de la Próstata (PSA, por sus siglas en inglés)-Una vez al año.

Quien Está Cubierto...Todo hombre con Medicare de 50 años o más.

Lo Que Usted Paga...Generalmente, 20% del monto aprobado por Medicare después del **deducible** anual Parte B. No hay **co-seguro** y no hay **deducible** Parte B para el examen PSA.

Sus Beneficios de Medicare

Servicios Preventivos Cubiertos por Medicare Parte B

Vacunas:

- Vacuna contra la Influenza (gripe)-Una vez al año.
- Vacuna contra la Pulmonía – Posiblemente una sea suficiente, consulte a su médico.
- Vacuna contra la Hepatitis B - Si usted es de mediano a alto riesgo para la hepatitis.

Quien Está Cubierto...Toda persona con Medicare.

Lo Que Usted Paga...No hay **co-seguro** y no hay **deducible** Parte B para las inyecciones contra la gripe y la pulmonía si el médico acepta la asignación. Para las vacunas contra Hepatitis B, 20% del monto aprobado por Medicare después del **deducible** anual Parte B.

Parte B también ayuda a pagar por:

- Servicios de ambulancia (cobertura limitada)
- Brazos, piernas, y ojos artificiales.
- Abrazaderas para los brazos, piernas, espalda, y cuello.
- Servicios quiroprácticos (limitado).
- Atención de emergencia.
- Anteojos - un par después de cirugía para cataratas con lente intraocular.
- Diálisis y transplantes de riñón.
- Suministros médicos - como bolsas para ostomía, vendas quirúrgicas, tablillas, yesos, y ciertos suministros para diabéticos.
- Medicinas recetadas para pacientes externos (muy limitado).
- Servicios preventivos (ver página 15)
- Prótesis, incluyendo prótesis del seno después de mastectomía.

- Servicios de practicantes tal como sicólogos clínicos, trabajadores sociales, y enfermeras practicantes.
- Transplantes - corazón, pulmón, e hígado (bajo ciertas condiciones).
- Rayos-X y ciertos otros exámenes diagnósticos.

Cosas que no pagan ni Medicare Parte A ni Parte B en el Plan Original de Medicare.

El Plan Original de Medicare no lo cubre todo. Los gastos de su propio bolsillo para sus servicios de salud incluirán, pero no se limitan a:

- Su **prima** mensual Parte B (\$45.50 en 1999*).
- **Deducibles, co-seguros, o co-pagos** cuando usted reciba servicios de salud (ver "Lo Que Usted Paga" en las páginas 9-14).
- Medicinas recetadas para pacientes externos (excepto unas pocas excepciones).
- Exámenes de rutina o anuales.
- Vacunas, excepto aquellas mencionadas en la página 16.
- Zapatos ortopédicos.
- Cuidado custodial (ayuda para bañarse, vestirse, con el aseo, o para comer) en el hogar o en un asilo para mayores.
- La mayoría de los servicios de salud dental y los dientes postizos.
- Cuidado rutinario de los pies.
- Aparatos para sordos.
- Cuidado rutinario de los ojos.

* Los montos nuevos para Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1º de enero, 2000.

Sus Beneficios de Medicare

- Servicios médicos que usted reciba mientras esté viajando fuera de los Estados Unidos (excepto en circunstancias muy limitadas).
- Cirugía cosmética.

Hay límites fijos para cada año calendario sobre los servicios de terapia física ambulatoria y ocupacional, incluyendo terapia vocal, con la excepción de aquellos que usted reciba en los departamentos externos del hospital. El Plan Original de Medicare paga por ciertos tipos de cuidado preventivo, pero no todos (ver página 14).

Usted puede conseguir ayuda para cubrir los gastos no cubiertos por Medicare (página 23). También puede inscribirse en un plan administrado de Medicare y obtener beneficios adicionales (ver páginas 27-35).

¿Cómo puedo conseguir ayuda para pagar mis gastos de salud?

Si usted no puede pagar sus **primas** Medicare y otros gastos, es posible que pueda obtener ayuda de su Estado. Usted puede calificar para un programa de asistencia con Medicare, como un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), Beneficiario de Medicare de Ingreso Bajo Especificado (SLMB), o Individuo Calificado (QI).

Estos Programas pueden no ofrecerse en Guam, Puerto Rico, Islas Vírgenes, Islas Marianas del Norte y Samoa Norteamericana.

Estos programas se ofrecen a ciertas personas de ingresos bajos calificadas para Medicare. Pueden servir para pagar todo o parte de la prima de Medicare, y también pueden pagar los **deducibles** y **co-seguros** de Medicare. Para calificar, usted debe tener Parte A (Seguro de Hospital), un ingreso limitado (ver abajo), y sus

recursos, como cuentas bancarias, acciones, y bonos, no deben sumar más de \$4,000 para una sola persona, o \$6,000 para una pareja.

Si usted no está seguro si tiene Parte A, examine a su tarjeta blanca-azul-y-roja de Medicare. Dirá "Part A (Hospital Insurance)" en el margen inferior izquierdo de la tarjeta. O llame gratis al Seguro Social al 1-800-772-1213.

	Límite de Ingreso Mensual*		
	Individuo	Pareja	Programa Paga Para Medicare
QMB	\$707	\$942	Primas, deducibles, y co-seguro
SLMB	\$844	\$1,126	Prima mensual Parte B
QI-1	\$947	\$1,265	Prima mensual Parte B
Q1-2	\$1,222	\$1,633	Una pequeña parte de la prima mensual Parte B

Para mayor información sobre estos programas, llame a la oficina de asistencia médica en su área (ver página 64). Si necesita más ayuda, por favor llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Alguien allí le podrá ayudar a encontrar el número telefónico para su Estado.

Nuevo Seguro de Salud para Niños Menores de 19 Años.

Un nuevo Programa de Seguro de Salud para Niños está disponible en su Estado. Llame al 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) para más detalles.

*Se permiten montos un poco más elevados en Alaska y Hawaii. Los límites de ingreso cambiarán ligeramente en 2000, y los límites nuevos estarán disponibles para el 1º de abril, 2000.

Escogiendo su Plan Medicare

La Forma en que Usted Consigue Sus Servicios de Salud es Importante

¿Sabe usted con seguridad cuál es su cobertura para servicios de salud? Si no, le conviene averiguarlo. Puede ser que Medicare no sea la única fuente de cobertura para servicios de salud a su alcance, y es posible que usted consiga cobertura para servicios de salud o asistencia que le rebaje los gastos de su propio bolsillo, o que le brinde mayores beneficios de lo que trae Medicare.

Si usted o su cónyuge todavía trabajan o si son retirados, tal vez puedan obtener cobertura patronal o sindical de sus servicios de salud.

- Llame a su empleador o sindicato para averiguar si pueden conseguir cobertura para servicios de salud basado sobre el empleo actual o pasado de su cónyuge.
- Si usted sí tiene derecho a esta cobertura, pídale a su administrador de beneficios que le ayude a comparar los costos y beneficios de ésta con los de Medicare.

Precaución: Si usted ya tiene cobertura patronal o sindical, hable con su empleador o sindicato antes de inscribirse en un plan Medicare, ya que existe la posibilidad de que usted no pueda regresar a su cobertura anterior.

Si usted es un veterano o retirado militar, puede tener derecho a beneficios médicos:

- Si usted es un veterano, llame al Departamento de Asuntos Veteranos de los Estados Unidos al 1-800-827-1000. Si usted es retirado militar, también puede llamar al Departamento de Defensa al 1-800-321-1080 para mayor información.

Si usted tiene un ingreso bajo y pocos recursos, puede ser que califique para obtener ayuda para pagar sus gastos de salud:

- Vea la página 18 para ver si usted califica para recibir ayuda para pagar sus gastos de salud. También puede llamar a la oficina de asistencia médica de su Estado (ver página 64).

No importa si usted califique para cobertura de salud patronal, o sindical, o militar, o de Medicare, a usted le conviene averiguar sobre todas las diferentes formas en que puede recibir sus servicios de salud. La opción que usted escoja puede afectar lo que le va a costar, los beneficios que puede recibir, cuales doctores puede ver, y otras cosas que pueden serle importantes.

Cuáles Son Mis Opciones con el Plan Medicare?

El Congreso creó el programa **Medicare + Opción** para permitir que más empresas privadas de seguros le ofrecieran cobertura a personas en Medicare. Las siguientes dos secciones le explicarán las dos formas más comunes en que usted puede recibir sus servicios de salud con Medicare.

1. El Plan Original de Medicare (disponible en todo el país).

2. Planes de Servicios Administrados

Si usted vive en una área atendida por planes de servicios administrados Medicare, posiblemente tendrá otras opciones de como recibir sus servicios de salud Medicare. Lea las páginas 27-35 para ver si califica.

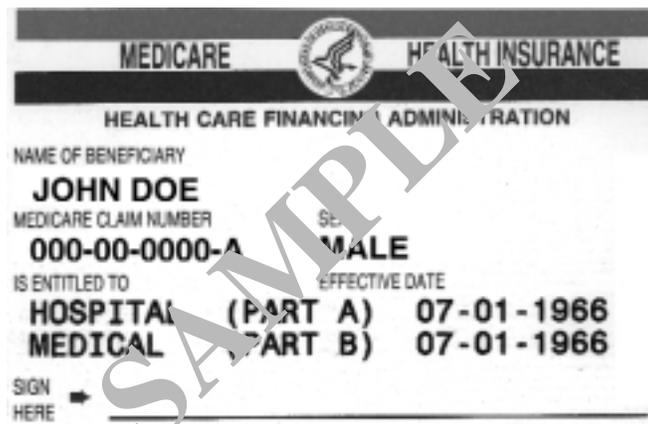
No importa el modo en que usted reciba sus servicios de salud Medicare, usted siempre está con el programa Medicare.

1. El Plan Original de Medicare

Al Plan Original de Medicare también se le conoce como “Pago-por-servicio”. Usualmente, a usted se le cobra un honorario por cada servicio o suministro de salud que usted reciba. **Si usted está contento recibiendo sus servicios de salud de esta manera, usted no tiene que cambiar nada.** Usted permanecerá en el Plan Original de Medicare a menos que ingrese en un Plan de Salud Administrada Medicare.

Usted sabrá que está en el Plan Original de Medicare si:

- Utiliza su tarjeta blanca-azul-y-roja cuando recibe servicios de salud (ver abajo):



En el Plan Original de Medicare:

- Usted puede visitar a cualquier médico, especialista, u hospital que acepte Medicare. Generalmente se le cobra un honorario cada vez que usted recibe un servicio.
- Usted paga la **prima** mensual Parte B de \$45.50 (en 1999), que ordinariamente se sustrae de su pago mensual de Seguro Social, Retiro Ferroviario, o Retiro del Servicio Civil. Usted también paga un monto por los servicios de salud que

recibe durante el año (**deducibles**) antes de que Medicare reciba su parte. Después, Medicare paga su parte, y usted paga la suya (**co-seguro**). Después de que usted reciba un servicio de salud, usted recibirá por correo una Explicación de Beneficios Medicare o un Aviso Resumen Medicare. Estas son enviadas por la empresa que maneja las facturas para Medicare. El aviso trae una lista de lo que se cobró, cuanto pagó Medicare, y cuanto usted debe pagar.

¿Cómo varía el gasto directo de mi bolsillo?

Sus costos dependen de:

- Si su doctor está de acuerdo en aceptar lo que paga Medicare (ver pregunta 12 en la página 84).
- Que tan a menudo usted requiere servicios de salud.
- Que tipo de servicios de salud usted necesita.
- Si usted recibe servicios de salud mientras viaja fuera de los Estados Unidos.
- Si usted elige pagar por servicios o suministros no cubiertos por Medicare (ver "Usted tiene protección contra cuentas inesperadas", en la página 73).

Para ayudar a cubrir los costos que Medicare no cubre:

- Mantenga o consiga cobertura patronal o sindical (ver página 20), o
- Compre una póliza de Seguro Suplemental (Medigap) Medicare (ver página 24), o
- Averigüe si califica para recibir ayuda de su Estado (ver página 18).

Para más información sobre el Plan Original de Medicare, vea preguntas 10-12 en las páginas 83-84.

¿Qué tipos de seguros privados suplementan a Medicare?

Hay muchos tipos privados de cobertura de salud que pagan todo o parte de los costos por servicios de salud no cubiertos por Medicare. A estos comúnmente se les llama “cobertura suplemental”, que incluyen:

- Cobertura Patronal* (de empleador o sindicato);
- Cobertura de Retirado* (de un antiguo empleador o sindicato); y
- Seguro Medigap (de una empresa o grupo privado).

¿Qué es Medigap?

Una póliza “Medigap” complementa al Plan Original de Medicare. Seguros Medigap deben cumplir con leyes Federales y Estatales. Estas leyes sirven para protegerlo a usted. Toda póliza Medigap está claramente marcado como “Seguro Suplemental Medicare”.

En el resto de este manual, pólizas de Seguro Suplemental Medicare se llamarán Medigap.

En la mayoría de los estados, una póliza Medigap debe ser una de diez pólizas estandarizadas, para que usted pueda compararlas fácilmente. Cada póliza ofrece una serie distinta de beneficios. Dos de las pólizas estandarizadas pueden tener la opción de un deducible grande. Adicionalmente, cualquier póliza estandarizada puede venderse como una póliza “Medicare SELECT”. Pólizas Medicare SELECT por lo general cuestan menos, porque requieren que usted utilice a determinados doctores y hospitales. En casos de emergencia, usted tiene el derecho de utilizar a cualquier doctor u hospital.

Si usted está en un plan de Salud Administrada Medicare, o si tiene cobertura **Medicaid**, usted no necesita una póliza Medigap. Por lo

*** Si usted abandona su cobertura patronal o sindical de grupo, probablemente no podrá volver a ella. Llame al administrador de beneficios de su patrono o sindicato para más información.**

general, en estas circunstancias no es legal que alguien le venda una póliza de este tipo.

¿Cuándo es que la mayoría de las personas compran una póliza Medigap por primera vez?

Por seis meses a partir del primer día del mes en que usted llega a los 65 años de edad o más y se inscribe por primera vez con Medicare Parte B, usted tiene el derecho de comprar la póliza Medigap de su elección. Durante este período de inscripción abierta, la compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros o cambiar el precio de una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o en la actualidad. Una vez que usted se inscribe en Parte B, el período de seis meses para la inscripción abierta en Medigap comienza y no puede cambiarse.

Excepto en los casos que se describen a continuación, si usted no compra una póliza Medigap durante su período de

◀ **Importante**

inscripción abierta, es posible que no podrá comprar la póliza de su preferencia, o que se le cobrará más por la póliza. Si usted abandona su póliza Medigap, también es posible que no podrá conseguirla de nuevo. Sin embargo, hay ciertas situaciones en donde usted tiene el derecho de conseguir una póliza Medigap después de su período de inscripción abierta. En tales casos, la compañía de seguros no podrá negarle cobertura, o cambiar el precio de una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o en la actualidad. Por ejemplo:

- Usted pierde su cobertura de salud (sin culpa suya) bajo un plan de Salud Administrada Medicare, Medigap, o póliza Medicare SELECT, o su cobertura patronal, o
- Usted se inscribe en un plan de Salud Administrada Medicare por primera vez, y antes de que transcurra un año de haberse inscrito, decide que quiere salirse del servicio

El Plan Original de Medicare

administrado. Si usted era nuevo a Medicare cuando se inscribió en el plan, es posible que pueda escoger cualquier póliza Medigap. Si usted ya tenía una póliza Medigap antes de inscribirse en el plan, es posible que pueda volver una vez más a esa misma póliza.

Para averiguar si estos derechos son aplicables a su situación, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usted podrá hablar con un representante de servicio al cliente, y pedir un folleto que se llama *Pólizas y Protecciones de Seguro Suplemental Medicare (Medigap)*. Para obtener estas protecciones, usted debe pedir una póliza Medigap dentro de **63 días-calendario** después de la expiración de su cobertura.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia de la Guía de Seguros de Salud para las Personas con Medicare. Esta guía le dará información sobre como comprar una póliza Medigap, como utilizar seguros Medigap y otros tipos de seguros de salud, y sus derechos y protecciones. La guía también está disponible en el Internet en **www.medicare.gov**.
- Contacte a su Programa **Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (ver páginas 47-48). Consejeros voluntarios también pueden ayudarle a entender y comparar sus opciones con Medigap. Este servicio es gratuito.

◀ **Para Más
Información Sobre
Pólizas Medigap**

2. Planes de Servicios Administrados Medicare

Los planes de servicios de salud administrados Medicare se ofrecen por medio de empresas privadas. Son una manera diferente de obtener sus servicios de salud Medicare. Muchas personas con Medicare han optado por los servicios administrados. Una empresa tiene el derecho a decidir que un plan estará disponible para toda persona con Medicare dentro de un Estado, o que puede ofrecerse sólo en ciertos condados. La empresa también puede decidir que quiere ofrecer más de un plan dentro de una área determinada, con beneficios y costos diversos. **Cada año, las empresas de servicios de salud administrados deciden si quieren meterse o dejar a Medicare.**

Algunas personas en Medicare ya pertenecen a un plan de Salud Administrada. Si usted ya está en un plan de Salud Administrada Medicare, debe poseer una tarjeta de membresía con el nombre del plan. Si usted no está seguro si pertenece a un plan de Salud Administrada Medicare, puede llamar al número impreso en su tarjeta de membresía, o llamar a su oficina local del Seguro Social, o llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213.

Si usted ingresa a un plan de Salud Administrada Medicare:

- Usted todavía está con el programa Medicare.
- Usted debe seguir pagando la **prima** mensual Parte B de \$45.50 (en 1999).
- Usted mantiene sus derechos y protecciones Medicare (ver páginas 70-77).
- Usted todavía recibirá sus servicios normales cubiertos por Medicare (ver páginas 9-18).

¿Puedo ingresar a un plan de Salud Administrada Medicare?

Usted puede ingresar a un plan de Salud Administrada Medicare si:

- Usted tiene tanto la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico).
- Usted no padece de enfermedad renal en etapa final (paro permanente de los riñones con diálisis o transplante). Sin embargo, si usted tiene enfermedad renal en etapa final, y ya pertenece a un plan de Salud Administrada Medicare, usted puede quedarse en su plan. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información sobre la enfermedad renal en etapa final y los servicios de salud administrados Medicare.
- Usted vive dentro del área de servicio del plan. El área de servicio es la zona dentro de la cual el plan acepta miembros, y en donde usted puede obtener servicios por medio del plan. Por lo general, si usted se traslada fuera del área de servicio del plan, no puede quedarse dentro del plan. Usted debe desinscribirse, y entonces quedará cubierto bajo el Plan Original de Medicare. O, puede escoger la opción de inscribirse en otro servicios de salud administrados Medicare, si hay uno disponible en su nuevo domicilio.

¿Cómo funciona un plan de Salud Administrada?

- En la mayoría de los planes de servicios de salud administrados, usted solo puede visitar a determinados doctores y hospitales que han acordado tratar a los miembros del plan. Generalmente, usted solo puede visitar a un especialista (como un cardiólogo) después de conseguir un referido (ver página 86), que señala que su doctor dentro del plan dijo que está bien que vaya.
- A menudo usted puede recibir beneficios adicionales, como medicinas recetadas para pacientes externos.
- Algunos planes de servicios de salud administrados ofrecen una

opción de “Punto-de-Servicio”. Esto le permite visitar a otros doctores y hospitales que no están en la lista del plan. En la mayoría de los casos esta opción cuesta más, pero le brinda más opciones.

¿Cómo varían los costos directos de mi bolsillo?

Sus costos dependen de:

- Si el plan cobra una **prima** adicional por encima de la prima mensual de Parte B (\$45.50 en 1999).
- Cuanto cobra el plan por consulta: por ejemplo, un **co-pago** de \$5 o \$10 cada vez que usted visita a su médico (en vez del **co-seguro** del 20% que cobra el Plan Original de Medicare).
- Que tipo de servicios de salud usted necesita, y que tan a menudo los recibe.
- Cuanto cobra el plan por beneficios adicionales.
- Si usted recibe servicios de salud fuera del área de servicio del plan (excepto en casos de emergencia, ver página 86).

¿Qué factores necesito considerar cuando considero Planes de Salud Administrada?

- **Costo:** ¿Cuánto serán los costos directos de mi bolsillo?
- **Elección de Médico:** ¿Quiénes son los médicos del plan? ¿Puedo visitar al médico o médicos que yo quiero visitar?
- **Beneficios:** ¿Recibiré servicios y suministros adicionales, por ejemplo medicinas recetadas para pacientes externos?
- **Conveniencia:** ¿Adónde se ubican los consultorios de los médicos del plan, y cuáles son sus horarios? (Generalmente usted no puede recibir servicios de salud fuera del área de servicio del plan).
- **Calidad:** ¿Qué tan eficaz resulta el plan en mantener saludables a sus miembros, o en brindarles tratamiento cuando están enfermos?

Planes de Servicios de Salud Administrados Medicare

Si Necesita Escoger un Plan de Salud Administrada, Usted Necesita Saber

¿Se ofrece este plan en donde yo vivo, cuánto cuesta, y que beneficios adicionales cubre?

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una lista gratis y actualizada de todos los planes que se ofrecen donde usted vive, con información sobre beneficios y costos adicionales.

O

Mire a Medicare Compare en el Internet en **www.medicare.gov**. Si usted no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para mayores puede ayudarlo.

ENTONCES

Llame a cualquier plan que le pueda interesar. Este puede decirle si el plan se ofrece donde usted vive, y puede enviarle información actualizada y detallada sobre sus beneficios y costos adicionales.

¿Qué médicos u hospitales pertenecen a este plan?

Llame a su médico para preguntarle si esta en el plan y si quiere continuar atendiéndolo si usted se inscribe en ese plan.

¿Cómo se califica al plan en términos de calidad?

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida información sobre la calidad y satisfacción. Se le enviará sin costo alguno.

O

Busque en *Medicare Compare* en el Internet, en **www.medicare.gov**. Si usted no tiene una computadora personal, su biblioteca local o centro para mayores puede ayudarlo.

¿Qué tal responde el plan a quejas?

Llame al plan. Comenzando el 1° de febrero, 2000, usted podrá pedirle información a cualquier plan de Salud Administrada sobre cualquier queja o apelación que se haya hecho (ver página 72).

¿Quién puede ayudarme a comparar planes?

Llame a su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (ver páginas 47-48). Consejeros voluntarios pueden ayudarle a comparar los planes de servicios de salud administrados que le son disponibles.

¿Cómo puedo conseguir información para ayudarme a decidir si quiero ingresar a un plan de Salud Administrada?

Usted necesitará información actualizada sobre cada plan que le interese antes de tomar una decisión sobre a cual unirse (ver página 34). Los planes pueden meterse o salirse de Medicare, y los costos y beneficios adicionales pueden cambiar.

Antes de inscribirse en un plan de Salud Administrada Medicare, recuerde que.

- Los planes de servicios de salud administrados son ofrecidos por empresas privadas. De año en año ellos cambian los beneficios adicionales que ofrecen, y cuanto cobran. Los planes deben informarle de antemano sobre estos cambios.
- Cuando un plan de Salud Administrada firma un contrato con Medicare, se compromete a permanecer con Medicare por lo menos un año calendario. Cada año, toman una decisión empresarial de quedarse o salir del programa Medicare.
- Los médicos pueden inscribirse o salir de los programas de servicios de salud administrados en cualquier momento.
- Planes de servicios de salud administrados pueden cobrar una prima mensual adicional, por encima de su **prima** mensual Parte B.

Planes de Servicios de Salud Administrados Medicare

- Algunas empresas de servicios de salud administrados limitan el número de miembros en sus planes. Puede ser que estos planes no acepten nuevos miembros en determinado momento. Cualquier empresa podrá decirle si su plan ya ha llegado a su límite, o si todavía está inscribiendo miembros nuevos.

¿Cómo puedo inscribirme en un plan de Salud Administrada?

Para unirse a un Plan:

1. Llame al plan y pida la solicitud de inscripción.
2. Llene el formulario y envíeselo al plan.
3. Usted recibirá una carta informándole la fecha en que comienza su cobertura.

Usted no puede inscribirse en más de un sólo plan de Salud Administrada a la vez. Si trata de unirse a más de un plan de Salud Administrada con las mismas fechas efectivas, terminará en el mismo plan con el que comenzó (sea un plan de Salud Administrada o el Plan Original de Medicare), y continuará recibiendo sus servicios de salud por medio de ese plan.

Si usted se inscribe en un plan de Salud Administrada y luego cambia de opinión, tiene que llamar al plan con que se inscribió antes de la fecha en que comienza su cobertura. Dependiendo de cuando llame, el plan podrá pedirle que llene un formulario para retirarse. Si el plan no se lo pide, usted no tiene que llenar ningún formulario para renunciar al plan. Después de cancelar, usted puede permanecer en su plan actual (incluyendo el Plan Original de Medicare) o inscribirse en un nuevo plan de Salud Administrada.

Nota: Durante el mes de noviembre, los planes de servicios de salud administrados Medicare (con algunas excepciones) tienen la obligación de aceptar miembros nuevos. Si usted se une en noviembre, su cobertura comenzará el 1º de enero, 2000.

¿Cómo me retiro de un plan de Salud Administrada?

En el año 2000, usted podrá retirarse de un plan en cualquier momento y por cualquier motivo. Escríbale al plan o a la Administración del Seguro Social y dígales que quiere renunciar. Cuando usted se retira de un plan vuelve automáticamente al Plan Original de Medicare (a menos que se inscribe en otro plan de Salud Administrada Medicare). En la mayoría de los casos, su cobertura nueva empieza el mes después de que usted se haya salido del plan.

Comenzando en el año 2002, usted sólo podrá salirse de un plan en momentos determinados. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para mayor información.

¿Puedo quedarme con mi póliza Medigap si me inscribo en un plan de Salud Administrada?

Si usted se inscribe en un plan de Salud Administrada Medicare, puede conservar su póliza Medigap (pero no puede utilizarlo a menos que vuelva al Plan Original de Medicare). Si usted abandona su póliza Medigap, es posible que tenga el derecho de conseguir otra póliza Medigap en una fecha posterior si:

- Pierde su cobertura en un plan de Salud Administrada Medicare (sin culpa suya), o

- Se mete por primera vez en un plan de Salud Administrada Medicare, y dentro de un año de haberse inscrito, decide que quiere salirse del plan de Salud Administrada. Si usted era recién llegado a Medicare cuando se

unió al plan, es posible que puede escoger cualquier póliza Medigap que quiera. Si usted ya tenía una póliza Medigap antes de unirse al plan, es posible que pueda conseguir la misma póliza de nuevo.

◀ **Para más información sobre pólizas Medigap, vea páginas 24-26.**

Planes de Servicios de Salud Administrados Medicare

Para averiguar si estos derechos se aplican a su situación, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usted puede hablar con un representante de servicio al cliente y pedir un folleto que se llama Medicare Supplemental Insurance (Medigap) Policies and Protections. Para conseguir estas protecciones, usted debe pedir una póliza Medigap **dentro de 63 días calendario** después de que haya expirado su cobertura.

1. Vea preguntas 13-18 en páginas 84-87.

2. Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048** para personas con impedimento auditivo o vocal) y pida:

- Informes detallados sobre el plan - una lista de costos y beneficios de los planes disponibles donde usted vive.
- Información sobre la calidad de planes disponibles donde usted vive.
- La *Tabla Comparativa de los Planes de Salud de Medicare* (para ayudarle a comparar planes).
- La guía llamada *Guía de Seguros de Salud Para las Personas con Medicare*. Esta guía proporciona información sobre como comprar una póliza Medigap, como utilizar seguros Medigap y otros tipos de seguros de salud, y sus derechos y protecciones. Esta guía también está disponible en el Internet en **www.medicare.gov**.

◀ **Para Más Información
Sobre Como Usted
Puede Conseguir sus
Servicios de Salud**

Usted tal vez habrá oído hablar de las Cuentas de Ahorro Médico Medicare y de Planes Privados de Pago-por-Servicio. A la hora de imprimir este folleto, no había ninguna compañía privada de seguros que ofrecía este tipo de plan a personas con Medicare. Para averiguar si estos planes se han hecho disponibles en su área o para conseguir folletos sobre estos planes, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** y pida:

◀ **Para Más
Información Sobre
Otros Planes**

- *Su Guía Para Cuentas de Ahorro Médico Medicare.*
- *Su Guía Para Planes Privados de Pago-por-Servicio.*

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Planes de Servicios de Salud Administrados Medicare

Medicare trabaja con una variedad de grupos que pueden ayudarlo con sus preguntas sobre Medicare. En las siguientes 32 páginas están los números telefónicos que usted puede llamar cuando necesite ayuda. Si hay un número especial para su Estado, estará en esta lista. Si usted está en un plan de servicios administrados de Medicare, llame a su plan cuando tenga preguntas sobre cuentas, servicios de salud, y apelaciones.

Llame a

Administración del Seguro Social (SSA)

Si tiene preguntas sobre

Ver página 41

Cambios en su dirección, Parte A o Parte B de Medicare, tarjeta Medicare perdida, y beneficios de Seguro Social

Llame a

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud

Si tiene preguntas sobre

Ver páginas 47-48

Pólizas de Seguro Suplemental Medicare (Medigap)

Llame a

Agencia de Seguros de Salud

Si tiene preguntas sobre

Ver páginas 42-46

Cuentas y servicios Parte B, fraude y abuso

Llame a

Agencia de Seguros de Equipo Médico Duradero (DMERC)

Si tiene preguntas sobre

Ver páginas 49-50

Cuentas para equipo médico duradero
y una lista de suministradores aprobados
para este equipo

Llame a

Intermediario Fiscal (FI)

Si tiene preguntas sobre

Ver páginas 51-54

Servicios y cuentas Parte A, cuidado
de hospital, cuidado de enfermería
especializada, fraude y abuso

Llame a

Oficina Regional de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud (HCFA)

Si tiene preguntas sobre

Ver páginas 67-68

Seminarios locales y ferias de salud
sobre sus opciones de plan de salud
Medicare, y para reportar quejas

Llame a

Línea Gratis 1-800-MEDICARE

Si tiene preguntas sobre

Ver página 40

Información general sobre Medicare,
y para pedir publicaciones de Medicare
e información sobre planes de salud

continuación ►

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Llame a

Oficina para los Derechos Civiles

Si tiene preguntas sobre
Discriminación

Ver página 41

Llame a

Oficina del Inspector General

Si tiene preguntas sobre
Para reportar fraude y abuso

Ver página 40

Llame a

Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO)

Si tiene preguntas sobre
Quejas sobre la calidad del cuidado,
o para interponer apelaciones o quejas

Ver páginas 57-60

Llame a

Intermediario Regional para los Servicios de Salud en el Hogar (RHHI)

Si tiene preguntas sobre
Servicios de salud en el hogar, cuidado
de hospicio, fraude y abuso

Ver páginas 55-56

Llame a

Departamento Estatal de Seguros

Si tiene preguntas sobre
Pólizas de Seguro Suplemental
de Medicare (Medigap) disponibles en
su área

Ver páginas 61-63

Llame a

Oficina Estatal de Asistencia Médica

Si tiene preguntas sobre

Ver páginas 64-66

Programas de ayuda para personas de escasos recursos para pagar cuentas médicas

Llame a

Junta de Retiro Ferroviario (sólo para beneficiarios del retiro ferroviario)

Si tiene preguntas sobre

Ver página 40

RRB - cuentas y cobertura de Medicare
Beneficios RRB, tarjeta Medicare perdida,
montos de primas Medicare, como
inscribirse en Medicare

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Línea Gratis 1-800-MEDICARE

Llame sobre:

- TTY/TDD y números Telefónicos locales
- Información general sobre Medicare
- Información sobre planes de salud

Todos los Estados

1-800-MEDICARE

TTY: 1-877-486-2048

Oficina del Inspector General

Llame sobre:

- Reportes de fraude y abuso

Todos los Estados

1-800-447-8477

TTY: 1-800-377-4950

Junta de Retiro Ferroviario

Llame sobre:

- Tarjeta Medicare RRB perdida, cambio de dirección
- Cuentas y Servicios Parte A (Intermediario Fiscal)
- Cuentas y Servicios Parte B (United HealthCare)

Beneficiarios RRB Solamente

1-800-808-0772 (RRB)

ver páginas 51-54

1-800-833-4455 (UHC)

Administración del Seguro Social

Llame sobre:

- Como cambiar su dirección
- Medicare Parte A o Parte B
- Tarjeta Medicare Perdida

Todos los Estados

1-800-772-1213

TTY: 1-800-325-0778

Oficina para los Derechos Civiles

Llame sobre:

- Discriminación

Todos los Estados

1-800-368-1019

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Agencias de Seguros Medicare: Llame sobre cuentas y servicios Parte B, y sobre el fraude y abuso.

Alabama

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)292-8855

Alaska

Noridian Mutual Insurance
Company,
1(800)444-4606

American Samoa

Noridian Mutual Insurance
Company,
1(800)444-4606

Arizona

Noridian Mutual Insurance
Company,
1(800)444-4606

Arkansas

Blue Cross & Blue Shield Of
Arkansas,
1(800)482-5525
sólo llamadas intraestatales

California

Transamerica Occidental Life,
1(800)675-2266 condados de
Los Angeles, Orange, San Diego,
Ventura, Imperial, San Luis
Obispo, Santa Barbara

National Heritage Insurance Co,
1(800)952-8627 el resto del
estado

Colorado

Noridian Mutual Insurance
Company,
1(800)332-6681

Connecticut

United Health Care,
1(800)982-6819
sólo llamadas intraestatales

Delaware

Trailblazers,
1(800)444-4606 también sirve
a los condados de Fairfax
y Alexandria

Florida

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)333-7586
sólo llamadas intraestatales

Georgia

Cahaba Govt Benefit Adminstr.,
1(800)727-0827

Guam

Noridian Mutual Insurance
Company,
1(800)444-4606

Agencias de Seguros Medicare: Llame sobre cuentas y servicios Parte B, y sobre el fraude y abuso. *(continuación)*

Hawaii

Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

Idaho

Cigna Medicare,
1(800)342-8900
sólo llamadas intraestatales

Illinois

Wisconsin Physicians Service,
1(800)642-6930

Indiana

Adminastar Federal,
1(800)622-4792

Iowa

Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)532-1285

Kansas

Blue Cross & Blue Shield Of Kansas,
1(800)633-1113

Kentucky

Adminastar Federal,
1(800)999-7608

Louisiana

Louisiana Medicare - Part B,
1(800)462-9666
sólo llamadas intraestatales

Maine

National Heritage Insurance Co,
1(800)882-1228

Maryland

Trailblazers,
1(800)444-4606 también sirve a los condados de Fairfax and Alexandria

Massachusetts

National Heritage Insurance Co,
1(800)882-1228

Michigan

Wisconsin Physicians Service,
1(800)482-4045

Minnesota

United Health Care,
1(800)352-2762
sólo llamadas intraestatales

Mississippi

United Health Care,
1(800)682-5417
sólo llamadas intraestatales

continuación ►

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Agencias de Seguros Medicare: Llame sobre cuentas y servicios Parte B, y sobre el fraude y abuso. *(continuación)*

Missouri

Blue Cross & Blue Shield Of
Arkansas,
1(800)392-3070 St. Louis City
and County, Jefferson County,
y área 99

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)432-0216 sólo llamadas
de fuera del estado
1(800)892-5900 sólo llamadas
intraestatales

Montana

Blue Cross & Blue Shield Of
Montana,
1(800)332-6146
sólo llamadas intraestatales

Nebraska

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)633-1113

Nevada

Noridian Mutual Insurance
Company,
1(800)444-4606

New Hampshire

National Heritage Insurance Co,
1(800)882-1228

New Jersey

Empire Medicare Services - New
Jersey Operations,
1(800)462-9306

New Mexico

Blue Cross And Blue Shield Of
Arkansas,
1(800)423-2925

New York

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)252-6550 Empire
Medicare Services atiende
al norte del estado de NY,
1(800)442-8430 Group Health
Inc., atiende al sur del estado
de NY
1(800)632-5572 sólo el condado
de Queens

North Carolina

Cigna Medicare,
1(800)672-3071
sólo llamadas intraestatales

North Dakota

Noridian Mutual Insurance
Company,
1(800)247-2267

Agencias de Seguros Medicare: Llame sobre cuentas y servicios Parte B, y sobre el fraude y abuso. (continuación)

Northern Mariana Islands

Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

Ohio

Nationwide Mutual Insurance Co,
1(800)848-0106

Oklahoma

Blue Cross And Blue Shield Of Arkansas,
1(800)522-9079

Oregon

Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

Pennsylvania

Xact Medicare Services,
1(800)382-1274 sólo llamadas intraestatales

Puerto Rico

Triple S Inc.,
1(800)981-7015 sólo llamadas intraestatales

Rhode Island

Blue Cross & Blue Shield Of Rhode Island,
1(800)662-5170

South Carolina

Palmetto Government Benefits Administration,
1(800)868-2522

South Dakota

Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)437-4762

Tennessee

Cigna Medicare,
1(800)342-8900
sólo llamadas intraestatales

Texas

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)442-2620

Utah

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)426-3477

continuación ►

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Agencias de Seguros Medicare: Llame sobre cuentas y servicios Parte B, y sobre el fraude y abuso. (continuación)

Vermont

National Heritage Insurance Co,
1(800)882-1228

Virgin Islands

Triple S,
1(800)474-7448
sólo llamadas intraestatales

Virginia

Trailblazers,
1(800)444-4606 también sirve a
los condados Fairfax y Alexandria
United Healthcare/Travelers.
Ins.,
1(800)552-3423 sólo llamadas
intraestatales

Washington

Noridian Mutual Insurance
Company,
1(800)444-4606

Washington D.C.

Trailblazers,
1(800)444-4606 también sirve a
los condados de Fairfax y
Alexandria

West Virginia

Nationwide Mutual Insurance Co,
1(800)848-0106

Wisconsin

Wisconsin Physicians Service,
1(800)944-0051
sólo llamadas intraestatales

Wyoming

Noridian Mutual Insurance
Company,
1(800)442-2371

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Programa Estatal de Asistencia sobre los Seguros de Salud: Llame sobre Pólizas Suplementales de Seguros Medicare (Medigap), opciones de plan de salud Medicare, y para ayuda para registrar una apelación.

Alabama

1(800)243-5463
sólo llamadas
intraestatales

Alaska

1(800)478-6065
sólo llamadas
intraestatales

American Samoa

1(808)586-7299
Government of
American Samoa

Arizona

1(800)432-4040

Arkansas

1(800)224-6330

California

1(800)434-0222 or
call 800-510-2020
sólo llamadas
intraestatales

Colorado

1(800)544-9181
sólo llamadas
intraestatales

Connecticut

1(800)994-9422
sólo llamadas
intraestatales

Delaware

1(800)336-9500
sólo llamadas
intraestatales

Florida

1(800)963-5337
sólo llamadas
intraestatales

Georgia

1(800)669-8387
sólo llamadas
intraestatales

Guam

1(808)586-7299

Hawaii

1(808)586-7299

Idaho

1(800)247-4422
sólo llamadas
intraestatales

Illinois

1(800)548-9034
sólo llamadas
intraestatales

Indiana

1(800)452-4800

Iowa

1(800)351-4664

Kansas

1(800)860-5260
sólo llamadas
intraestatales

Kentucky

1(502)564-7372

Louisiana

1(800)259-5301
sólo llamadas
intraestatales

Maine

1(800)750-5353

Maryland

1(800)243-3425
sólo llamadas
intraestatales

Massachusetts

1(800)882-2003
sólo llamadas
intraestatales

Michigan

1(800)803-7174

Minnesota

1(800)333-2433

Mississippi

1(800)948-3090

Missouri

1(800)390-3330

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Montana

1(800)332-2272
sólo llamadas
intraestatales

Nebraska

1(800)234-7119

Nevada

1(800)307-4444

New Hampshire

1(800)852-3388
sólo llamadas
intraestatales

New Jersey

1(800)792-8820
sólo llamadas
intraestatales

New Mexico

1(800)432-2080
sólo llamadas
intraestatales

New York

1(800)333-4114

North Carolina

1(800)443-9354
sólo llamadas
intraestatales

North Dakota

1(800)247-0560
sólo llamadas
intraestatales

Northern Mariana Islands

1(808)586-7299
Government of
American Samoa

Ohio

1(800)686-1578
sólo llamadas
intraestatales

Oklahoma

1(800)763-2828
sólo llamadas
intraestatales

Oregon

1(800)722-4134

Pennsylvania

1(800)783-7067

Puerto Rico

1(877)725-4300
sólo llamadas
intraestatales

Rhode Island

1(800)322-2880
sólo llamadas
intraestatales

South Carolina

1(800)868-9095
sólo llamadas
intraestatales

South Dakota

1(800)822-8804

Tennessee

1(800)525-2816

Texas

1(800)252-9240

Utah

1(800)541-7735
sólo llamadas
intraestatales

Vermont

1(800)642-5119
sólo llamadas
intraestatales
1(802)748-5182 sólo
llamadas de fuera del
estado

Virgin Islands

1(340)778-6311
X2338

Virginia

1(800)552-3402

Washington

1(800)397-4422
sólo llamadas
intraestatales

Washington D.C.

1(202)676-3900

West Virginia

1(877)987-4463

Wisconsin

1(800)242-1060

Wyoming

1(800)856-4398

Agencia de Seguros Regional de Equipo Médico Duradero (DMERC): Llame sobre cuentas ppor equipo médico duradero y una lista de proveedores aprobados de este equipo

Si usted vive en:

Illinois	Ohio
Indiana	Virginia
Maryland	Washington D.C.
Michigan	West Virginia
Minnesota	Wisconsin

Su DMERCes:

Administar Federal
1(800)270-2313

Si usted vive en:

Alaska	Nebraska
American Samoa	Nevada
Arizona	North Dakota
California	Northern Mariana Islands
Guam	Oregon
Hawaii	South Dakota
Idaho	Utah
Iowa	Washington
Kansas	Wyoming
Missouri	
Montana	

Su DMERCes:

Cigna Medicare
1(800)899-7095

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Si usted vive en:

Alabama	New Mexico
Arkansas	North Carolina
Colorado	Oklahoma
Florida	Puerto Rico
Georgia	South Carolina
Kentucky	Tennessee
Louisiana	Texas
Mississippi	Virgin Islands

Su DMERCes:

Palmetto Government
Benefits
1(800)213-5452

Si usted vive en:

Connecticut	New Jersey
Delaware	New York
Maine	Pennsylvania
Massachusetts	Rhode Island
New Hampshire	Vermont

Su DMERCes:

United Health Care -
Region A
1(800)842-2052

Intermediario Fiscal: Llame sobre cuentas y servicios Parte A, cuidado de hospital, cuidado especializado de enfermería, y fraude y abuso.

Alabama

Mutual Of Omaha,
1(402)351-2860

Alaska

Premera Blue Cross,
1(425)670-1010

American Samoa

Hawaii Medical Service,
1(808)948-6247

Arizona

Blue Cross Of Arizona,
1(602)864-4298

Arkansas

Blue Cross & Blue Shield,
1(501)378-2173

California

Blue Cross Of California,
1(805)383-2038

Colorado

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)442-2620

Connecticut

United Health Care,
1(203)639-3222

Delaware

Empire Medicare Services,
1(800)442-8430

Florida

Blue Cross & Blue Shield,
1(904)355-8899

Georgia

Blue Cross & Blue Shield,
1(706)322-4082

Guam

Hawaii Medical Service,
1(808)948-6247

Hawaii

Hawaii Medical Service,
1(808)948-6247

Idaho

Blue Cross Blue Shield/Oregon,
1(503)721-7000

Illinois

Adminastar Federal,
1(312)938-6266

Indiana

Adminastar Federal,
1(800)622-4792 *continuación* ►

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Intermediario Fiscal: Llame sobre cuentas y servicios Parte A, cuidado de hospital, cuidado especializado de enfermería, y fraude y abuso. (continuación)

Iowa

Wellmark Blue Cross Blue Shield
Of Iowa,
1(712)279-8650

Kansas

Blue Cross & Blue Shield - Part A,
1(800)445-7170

Kentucky

Adminastar Federal,
1(800)999-7608

Louisiana

Trispan Health Svcs. /Medicare,
1(800)932-7644

Maine

Assoc. Hospital Svc. Of Maine,
1(888)896-4997

Maryland

Trailblazers,
1(800)444-4606

Massachusetts

Assoc. Hospital Svc. Of Maine,
1(888)896-4997

Michigan

Wisconsin United Government
Services,
1(313)225-8317

Minnesota

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)382-2000

Mississippi

Trispan Health Svcs. /Medicare,
1(800)932-7644

Missouri

Trispan Health Svcs. /Medicare,
1(800)932-7644

Montana

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)447-7828X4086

Nebraska

Blue Cross & Blue Shield,
1(402)390-1850

Nevada

Blue Cross Of California,
1(805)383-2038

New Hampshire

New Hampshire/Vermont Health
Service,
1(603)695-7204

New Jersey

Horizon Blue Cross & Blue Shield
Of New Jersey,
1(973)456-2112

New Mexico

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)442-2620

New York

Empire Medicare Services,
1(800)442-8430

North Carolina

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)685-1512
sólo llamadas intraestatales

North Dakota

Noridian Mutual Insurance
Company,
1(800)247-2267

Northern Mariana Islands

Hawaii Medical Service,
1(808)948-6247

Ohio

Adminastar Federal,
1(513)852-4314

Oklahoma

Blue Cross And Blue Shield,
1(918)560-3367

Oregon

Blue Cross Blue Shield/Oregon,
1(503)721-7000

Pennsylvania

Veritus Medicare Services,
1(800)853-1419

Puerto Rico

Cooperativa De Seguros De Vida,
1(800)986-5656
sólo llamadas intraestatales

Rhode Island

Blue Cross & Blue Shield Of
Rhode Island,
1(800)662-5170

South Carolina

Blue Cross And Blue Shield Of
South Carolina,
1(803)788-4660

South Dakota

Wellmark,
1(712)279-8650

Tennessee

Blue Cross & Blue Shield,
1(423)755-5955

Texas

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)442-2620

Utah

Blue Cross & Blue Shield,
1(801)333-2410 *continuación* ►

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Intermediario Fiscal: Llame sobre cuentas y servicios Parte A, cuidado de hospital, cuidado especializado de enfermería, y fraude y abuso. (continuación)

Vermont

New Hampshire/Vermont Health Service,
1(603)695-7204

Virgin Islands

Cooperativa De Seguros De Vida,
1(800)986-5656
sólo llamadas intraestatales

Virginia

Blue Cross & Blue Shield,
1(540)985-3931

Washington

Premera Blue Cross,
1(425)670-1010

Washington D.C.

Mutual Of Omaha,
1(402)351-2860

West Virginia

Blue Cross & Blue Shield,
1(540)985-3931

Wisconsin

Blue Cross Blue Shield Of WI,
1(414)224-4954

Wyoming

Blue Cross & Blue Shield,
1(800)442-2376

Intermediario Regional para los Servicios de Salud en el Hogar (RRHI): Llame sobre servicios de salud en el hogar, cuidado de hospicio, el fraude y abuso.

Si usted vive en:

Connecticut

Maine

Massachusetts

New Hampshire

Rhode Island

Vermont

Su RRHI es:

Assoc. Hospital Svc
Of Maine

1(888)896-4997

Si usted vive en:

Alaska

American Samoa

Arizona

California

Guam

Hawaii

Idaho

Nevada

Northern Mariana

Islands

Oregon

Washington

Su RRHI es:

Blue Cross Of
California Medicare

1(805)383-2990

Si usted vive en:

Maryland

Washington D.C.

Su número para llamar sobre beneficios de cuidado de la salud en el hogar es:

Medicare Customer Service Center

1(800)444-4606

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Si usted vive en:

Alabama

Florida

Georgia

Mississippi

Arkansas

Illinois

Indiana

Kentucky

Louisiana

New Mexico

North Carolina

Ohio

Oklahoma

South Carolina

Tennessee

Texas

Su RRHI es:

Palmetto Government
Benefits

1(727)773-9225

Palmetto Government
Benefits

1(803)788-4660

Si usted vive en:

Michigan

Minnesota

New Jersey

New York

Puerto Rico

Virgin Islands

Wisconsin

Su RRHI es:

United Government
Services

1(414)224-4954

Si usted vive en:

Colorado

Delaware

Iowa

Kansas

Missouri

Montana

Nebraska

North Dakota

South Dakota

Utah

Virginia

West Virginia

Wyoming

Su RRHI es:

Wellmark/Blue Cross
Blue Shield Of Iowa

1(515)246-0126

Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO): Llame con quejas sobre la calidad de cuidado, y para registrar una apelación o queja.

Alabama

Quality Assurance Foundation,
1(800)760-4550

Alaska

Pro-west,
1(800)878-7170

American Samoa

Mountain Pacific Quality Health
Foundation,
1(800)524-6550

Arizona

Health Services Advisory Group
Inc.,
1(800)359-9909

Arkansas

Foundation For Medical Care,
1(800)272-5528

California

California Medical Review,
1(800)841-1602

Colorado

Foundation For Medical Care,
1(800)727-7086

Connecticut

Qualidigm,
1(800)553-7590

Delaware

West Virginia Medical Institute,
1(800)422-8804
sólo llamadas intraestatales

Florida

Fl. Medical Quality Assurance,
1(800)844-0795

Georgia

Georgia Medical Care Foundaton,
1(800)979-7217

Guam

Mountain Pacific Quality Health
Foundation,
1(800)524-6550

Hawaii

Mountain Pacific Quality Health
Foundation,
1(800)524-6550

Idaho

Pro-west,
1(800)445-6941

continuación ►

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO): Llame con quejas sobre la calidad de cuidado, y para registrar una apelación o queja.

Illinois

Il Found. For Quality Health Care,
1(800)647-8089

Indiana

Health Care Excel,
1(800)288-1499

Iowa

Iowa Foundation For
Medical Care,
1(800)752-7014

Kansas

Foundation For Medical Care,
1(800)432-0407

Kentucky

Health Care Excel,
1(800)288-1499

Louisiana

Louisiana Health Care
Review, Inc.,
1(800)433-4958
sólo llamadas intraestatales

Maine

NE Health Care Quality
Foundation,

1(800)772-0151 sólo en New
Hampshire, Vermont y Maine

Maryland

Delmarva Foundation
Medic. Care,
1(800)492-5811

Massachusetts

Masspro,
1(800)252-5533
sólo llamadas intraestatales

Michigan

Michigan Peer Review Organizan,
1(877)787-2847

Minnesota

Stratis Health,
1(877)787-2847

Mississippi

Foundation For Medical Care,
1(800)844-0600

Missouri

Patient Care Review Foundation,
1(800)347-1016

Montana

Mountain Pacific Quality Health
Foundation,
1(800)497-8232

Nebraska

Sunderbruch Corporation,
1(800)247-3004

Nevada

Healthinsight,
1(800)748-6773 or
1(800)748-6944

New Hampshire

NE Health Care Quality
Foundation,
1(800)772-0151 sólo en New
Hampshire, Vermont y Maine

New Jersey

Peer Review Organization Of NJ,
1(800)624-4557
sólo llamadas intraestatales

New Mexico

Medical Review Association,
1(800)279-6824

New York

Ipro,
1(800)331-7767 Appeals

North Carolina

Medical Review Of
North Carolina Inc.,
1(800)722-0468

North Dakota

North Dakota Health Care Review,
1(800)472-2902
sólo llamadas intraestatales

Northern Mariana Islands

Mountain Pacific Quality Health
Foundation,
1(800)524-6550

Ohio

Peer Review Systems, Inc.,
1(800)589-7337 sólo llamadas
intraestatales
1(800)837-0664 sólo llamadas
fuera de estado

Oklahoma

Foundation For Medical Quality,
1(800)522-3414
sólo llamadas intraestatales

Oregon

Oregon Medical Professional,
1(800)344-4354

Pennsylvania

Kepto,
1(800)322-1914

Puerto Rico

Quality Improvement Prof. Rsrch,
1(800)981-5062
sólo llamadas
intraestatales *continuación* ►

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO): Llame con quejas sobre la calidad de cuidado, y para registrar una apelación o queja.

Rhode Island

Rhode Island Quality Partners,
1(800)662-5028 o llame 1-800-
553-7590 para Connecticut

South Carolina

Carolina Medical Review,
1(800)922-3089
sólo llamadas intraestatales

South Dakota

Foundation For Medical Care,
1(800)658-2285

Tennessee

Foundation For Medical Care,
1(800)489-4633

Texas

Texas Medical Foundation,
1(800)725-8315

Utah

Healthinsight,
1(800)274-2290

Vermont

NE Health Care Quality
Foundation,
1(800)772-0151 sólo en New
Hampshire, Vermont y Maine

Virgin Islands

V. I. Medical Institute Inc.,
1(340)778-6470

Virginia

Virginia Health Quality Ctr,
1(800)545-3814
sólo llamadas intraestatales

Washington

Pro-west,
1(800)445-6941

Washington D.C.

Delmarva Found. For Med. Care,
1(800)999-3362

West Virginia

West Virginia Med. Instit. Inc,
1(800)422-8804
sólo llamadas intraestatales

Wisconsin

Wisconsin Peer Review
Organization,
1(800)362-2320

Wyoming

Mountain Pacific Quality Health
Foundation,
1(800)497-8232

Departamento Estatal de Seguros: Llame sobre Pólizas de Seguros Suplementales Medicare (Medigap) disponibles en su área.

Alabama

1(334)206-5111

Alaska

1(800)467-8725

sólo llamadas
intraestatales

American Samoa

1(808)586-2790

Arizona

1(800)325-2548

sólo llamadas
intraestatales

Arkansas

1(800)852-5494

California

1(800)927-4357

Colorado

1(800)930-3745

Connecticut

1(800)203-3447

Delaware

1(800)282-8611

sólo llamadas
intraestatales

Florida

1(800)342-2762

sólo llamadas
intraestatales

Georgia

1(800)656-2298

sólo llamadas
intraestatales

Guam

Número no
disponible

Hawaii

1(808)586-2790

Idaho

1(800)445-6941

Illinois

1(217)782-4515

Indiana

1(800)622-4461

sólo llamadas
intraestatales

Iowa

1(515)281-5705

Kansas

1(800)432-2484

sólo llamadas
intraestatales

Kentucky

1(800)595-6053

Louisiana

1(800)259-5301

sólo llamadas
intraestatales

Maine

1(800)300-5000

sólo llamadas
intraestatales

Maryland

1(800)492-6116

Massachusetts

1(617)521-7794

Michigan

1(517)373-0240

Minnesota

1(800)657-3602

sólo llamadas
intraestatales

Mississippi

1(800)562-2957

sólo llamadas
intraestatales

continuación ►

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Departamento Estatal de Seguros: Llame sobre Pólizas de Seguros Suplementales Medicare (Medigap) disponibles en su área. (continuación)

Missouri

1(800)726-7390

Montana

1(800)332-6148

sólo llamadas
intraestatales

Nebraska

1(877)564-7323

sólo llamadas
intraestatales

Nevada

1(800)992-0900

sólo llamadas
intraestatales

New Hampshire

1(800)852-3416

sólo llamadas
intraestatales

New Jersey

1(609)292-5363

New Mexico

1(800)947-4722

New York

1(800)342-3736

sólo llamadas
intraestatales

North Carolina

1(800)443-9354

sólo llamadas
intraestatales

North Dakota

1(800)247-0560

sólo llamadas
intraestatales

Northern Mariana Islands

1(808)586-2790

Ohio

1(800)686-1526

Oklahoma

1(800)522-0071

sólo llamadas
intraestatales

Oregon

1(800)722-4134

sólo llamadas
intraestatales

Pennsylvania

1(877)881-6388

sólo llamadas
intraestatales

Puerto Rico

1(787)722-8686

Rhode Island

1(401)222-2223

South Carolina

1(800)768-3467

South Dakota

1(605)773-3563

Tennessee

1(800)525-2816

Texas

1(800)252-3439

Utah

1(800)439-3805

sólo llamadas
intraestatales

Vermont

1(800)631-7788

sólo llamadas
intraestatales

Virgin Islands

1(340)774-7166

Virginia

1(800)552-7945

Washington

1(800)397-4422

sólo llamadas
intraestatales

Washington D.C.

1(202)727-8000

West Virginia

1(800)642-9004

sólo llamadas
intraestatales

Wisconsin

1(800)236-8517

sólo llamadas
intraestatales

Wyoming

1(800)438-5768

sólo llamadas
intraestatales

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Oficina de Asistencia Médica Estatal: Llame sobre programas de ayuda con gastos médicos para personas de escasos recursos.

Alabama

1(800)362-1504

Alaska

1(800)211-7470

American Samoa

1(808)587-3521

Arizona

1(800)334-5283

Arkansas

1(800)482-8988

California

1(800)952-5253

Colorado

1(800)221-3943

Connecticut

1(800)842-1508
sólo llamadas
intraestatales

Delaware

1(800)372-2022

Florida

1(850)488-3560

Georgia

1(800)766-4456
sólo llamadas
intraestatales

Guam

Número no
disponible

Hawaii

1(808)587-3521

Idaho

1(800)926-2588

Illinois

1(800)252-8635
sólo llamadas
intraestatales

Indiana

1(800)433-0746
sólo llamadas
intraestatales

Iowa

1(800)972-2017

Kansas

1(800)766-9012

Kentucky

1(800)635-2570

Louisiana

1(888)342-6207
sólo llamadas
intraestatales

Maine

1(800)321-5557
sólo llamadas
intraestatales

Maryland

1(800)685-5861

Massachusetts

1(800)841-2900

Michigan

1(800)292-2550
sólo llamadas de
fuera del estado
1(800)642-3195
sólo llamadas
intraestatales

Minnesota

1(800)366-5411

Mississippi

1(800)421-2408
sólo llamadas
intraestatales

Missouri

1(800)392-2161

Montana

1(800)362-8312

Nebraska

1(800)430-3244 Departamento
de Salud y Servicios Humanos

Nevada

1(800)992-0900
sólo llamadas
intraestatales

New Hampshire

1(800)852-3345
sólo llamadas
intraestatales

New Jersey

1(800)356-1561

New Mexico

1(800)432-6217
sólo llamadas
intraestatales

New York

1(518)486-4803

North Carolina

1(800)662-7030

North Dakota

1(800)755-2604

Northern Mariana Islands

1(808)587-3521

Ohio

1(800)324-8680

Oklahoma

1(800)522-0310
sólo llamadas
intraestatales

Oregon

1(800)282-8096
sólo llamadas
intraestatales

Pennsylvania

1(800)692-7462
sólo llamadas
intraestatales

Puerto Rico

1(877)641-2004
sólo llamadas
intraestatales

Rhode Island

1(401)222-7000 *continuación* ►

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

**Oficina de Asistencia Médica Estatal: Llame sobre programas de ayuda con gastos médicos para personas de escasos recursos.
(continuación)**

South Carolina

1(803)898-2500

South Dakota

1(800)452-7691

Tennessee

1(800)669-1851

Texas

1(800)252-8263

Utah

1(800)662-9651

sólo llamadas

intraestatales

Vermont

1(800)250-8427

sólo llamadas

intraestatales

Virgin Islands

1(877)641-2004

sólo llamadas

intraestatales

Virginia

1(804)786-7933

Washington

1(800)562-3022

Washington D.C.

1(202)727-0735

West Virginia

1(304)926-1700

Wisconsin

1(800)362-3002

Wyoming

1(800)251-1269

Oficinas Regionales de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud (HCFA): Llame sobre seminarios locales y ferias de salud sobre sus opciones de plan de salud Medicare, y para registrar quejas.

Si usted vive en:	La oficina regional está en:	El número telefónico es:
Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island, Vermont	Boston	1(617)565-1232
New Jersey, New York, Puerto Rico, Virgin Islands	New York	1(212)264-3657
Delaware, Maryland, Pennsylvania, Virginia, Washington D.C., West Virginia	Philadelphia	1(215)861-4226
Alabama, Florida, Georgia, Kentucky, Mississippi, North Carolina, South Carolina, Tennessee	Atlanta	1(404)562-7500
Illinois, Indiana, Michigan, Minnesota, Ohio, Wisconsin	Chicago	1(312)353-7180
Arkansas, Louisiana, New Mexico, Oklahoma, Texas	Dallas	1(214)767-6401
Iowa, Kansas, Missouri, Nebraska	Kansas City	1(816)426-2866

A Quien Llamar Para Conseguir Ayuda

Oficinas Regionales de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud (HCFA): Llame sobre seminarios locales y ferias de salud sobre sus opciones de plan de salud Medicare, y para registrar quejas. (continuación)

Colorado, Montana, North Dakota, South Dakota, Utah, Wyoming	Denver	1(303)844-4024
--	--------	----------------

American Samoa, Arizona, California, Guam, Hawaii, Nevada, Northern Mariana Islands	San Francisco	1(415)744-3602
---	---------------	----------------

Alaska, Idaho, Oregon, Washington	Seattle	1(206)615-2354
-----------------------------------	---------	----------------

Sus Derechos y Protecciones Con Medicare

Sus Derechos Como Paciente de Medicare

Si usted tiene Medicare, tiene ciertos derechos garantizados, que disfruta sin importar que esté en el Plan Original de Medicare o en un plan de Salud Administrada Medicare.

- Usted tiene el derecho a recibir atención de emergencia cuando y donde usted crea que lo necesite, sin aprobación previa. Si cree que su salud está en grave peligro debido a un dolor intenso, una herida grave, una enfermedad repentina, o una enfermedad que rápidamente se empeora, usted puede recibir atención de emergencia en cualquier parte de los Estados Unidos.
- Usted tiene el derecho a apelar si Medicare no paga por un servicio cubierto que recibió, o si su médico u hospital no le dan un servicio que usted cree debiera ser cubierto (ver páginas 72-73).
- Usted tiene el derecho a conocer todas sus opciones de tratamiento por parte de su proveedor de servicios de salud, en lenguaje que a usted le quede claro. Medicare tiene la obligación de proporcionarle información sobre lo que se cubre y cuanto debe pagar. Los planes de servicios de salud administrados Medicare no pueden contener reglas que le impidan a un médico decirle a usted todo lo que necesita saber sobre el cuidado de su salud, incluyendo sus opciones de tratamiento.
- Usted tiene el derecho de mantener la confidencialidad de toda información personal que obtenga Medicare. Medicare puede obtener información sobre usted como parte de su trabajo ordinario, por ejemplo, el pago de sus cuentas. Cuando Medicare le pide este tipo de información, debemos informarle que la ley nos permite obtenerla para propósitos de cobranza y para la atención a su salud. Usted tiene el

derecho de saber porque necesitamos esa información, si es obligatoria u opcional, que pasa si usted no proporciona la información, y como se utilizará. Si usted quiere estos datos llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida más información sobre como Medicare utiliza la información personal.

- Usted tiene el derecho de escoger un especialista en salud de la mujer de la lista de médicos de su plan, para satisfacer sus necesidades en salud femenina.

◀ **Si Usted Está en un Plan de Salud Administrada Medicare**

- Si usted tiene una condición médica seria o complicada, tiene el derecho a suficientes visitas a un especialista para atender a sus requerimientos.
- Usted tiene el derecho a saber el modo en que su plan le paga a sus médicos. Si usted quiere saber como su plan le paga a sus médicos, el plan debe decírselo por escrito. Usted también tiene el derecho a saber si su médico es dueño de todo o parte de un centro de servicios de salud, por ejemplo, el laboratorio al cual el o ella le refiere para que le hagan un examen de sangre.
- Si usted tiene problemas o preocupaciones con su plan, que no tienen que ver con cobranzas o servicios, usted tiene el derecho de poner una queja. Una queja es una especie de reclamo. Por ejemplo, si usted cree que el horario de su plan debiera ser distinto, usted puede poner una queja. Si usted cree que no está recibiendo cuidado de alta calidad, tiene la opción de poner una queja con su plan o con la Organización de **Revisión de Normas Profesionales** (PRO) en su Estado (ver páginas 57-60).

Sus Derechos y Protecciones Con Medicare

Sus Derechos de Apelación Con Medicare

Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión sobre sus servicios Medicare, sea que esté dentro del Plan Original de Medicare, o dentro de un plan de Salud Administrada Medicare. Si Medicare no paga por algún detalle o servicio que usted recibió, o si a usted no le dieron un detalle o servicio que usted cree que debería haber recibido, usted tiene el derecho de apelar.

Si usted está dentro del Plan Original de Medicare, usted puede interponer una apelación si cree que Medicare debería haber pagado, o no pagó suficiente, por un detalle o servicio que usted recibió.

Si usted interpone una apelación, pídale a su médico o proveedor todos los datos relacionados a la cuenta que puedan ayudar con su caso. Sus derechos de apelación están en el dorso del la Explicación de Beneficios Medicare o en el Aviso Resumen de Medicare que a usted le envía la empresa que maneja las cuentas para Medicare. El aviso también le dirá porque su cuenta no se pagó, y que pasos debe tomar para apelar.

◀ **Derechos de
Apelación Bajo el
Plan Original de
Medicare**

Si usted está en un plan de Salud Administrada Medicare, puede interponer una apelación si su plan no pagó, no permite, o detiene un servicio que usted cree debería cubrirse o suministrarse. Si usted cree que su salud podría verse seriamente afligida esperando por una decisión sobre cualquier servicio, pídale al plan una decisión rápida. El plan debe responderle dentro de 72 horas.

◀ **Derechos de
Apelación Bajo
Planes de
Servicios de Salud
Administrados
Medicare**

El plan de Salud Administrada Medicare debe informarle por escrito como apelar. Después de interponer su apelación, el plan revisará

la decisión. Esto hecho, si el plan no pronuncia a su favor, la apelación es revisada por una organización independiente que trabaja para Medicare, no el plan. Consulte los materiales de membresía de su plan, o contacte a su plan para detalles sobre sus derechos de apelación bajo Medicare.

Sus Protecciones Medicare

El Aviso al Beneficiario Por Adelantado (ABN, por sus siglas en inglés) es un aviso por escrito que le informa porqué Medicare probablemente (o definitivamente) no pagará por determinado servicio. Un médico o

proveedor podría presentarle este aviso antes de brindarle el servicio. Si usted todavía quiere recibir el servicio, se le pedirá que firme un acuerdo que usted mismo pagará por el servicio si es que Medicare no paga. Los Avisos al Beneficiario Por Adelantado se utilizan en el Plan Original de Medicare, pero no en los planes de servicios de salud administrados Medicare.

◀ **Usted Tiene
Protección Contra
Cuentas
Inesperadas**

Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare debe acatar la ley. A usted no se le puede tratar de forma diferente por razón de su raza, color, sexo, origen nacional, incapacidad, o edad. Si usted cree que no fue tratado justamente por cualquiera de estas razones, llame a la Oficina de Derechos Civiles en su Estado (ver página 41).

◀ **Usted Tiene
Protección Contra
la Discriminación**

Si a usted lo admiten a un hospital que participa en Medicare, se le debe suministrar una copia de *Un Mensaje importante de Medicare*, que le explica sus derechos como paciente de hospital. Si no se lo han dado, pídale.

◀ **Usted Está
Protegido Mientras
Está en el Hospital**

Sus Derechos y Protecciones Con Medicare

Este Mensaje le Informa:

- Usted tiene el derecho a recibir todo tratamiento de hospital que le haga falta, y cualquier seguimiento médico que necesite después de salir, del hospital.
- Que hacer si usted cree que el hospital le está obligando a irse demasiado temprano.

Si usted tiene preguntas sobre esto, llame a **la Organización de Revisión de Normas Profesionales** (PRO, por sus siglas en inglés). Su número aparece en el *Mensaje*. Usted puede quedarse en el hospital sin costo alguno mientras se revisa su caso, y el hospital no puede obligarlo a que se vaya antes de que PRO tome una decisión.

Un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) es un centro calificado que tiene el personal y el equipo para ofrecer cuidado especializado de enfermería o servicios especializados de rehabilitación, y otros servicios de salud relacionados. Algunos asilos para ancianos ofrecen este tipo de cuidado especializado. Existen ciertas normas de calidad que todo SNF debe satisfacer para protegerlo a usted, incluyendo:

◀ **Usted Está Protegido en un Centro de Enfermería Especializada**

- El SNF no puede obligarlo a pagar nada para ser admitido, a menos de que a usted le quede claro que Medicare no cubre el costo de los servicios;
- A usted debe informársele inmediatamente si el SNF decide que usted no necesita el nivel de cuidado especializado cubierto por Medicare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted puede pedir que el SNF le presente lo que se llama una "cuenta en demanda" a Medicare.

Sus Derechos y Protecciones Con Medicare

El SNF tiene la obligación de presentarle la cuenta en demanda y no puede obligarlo a que usted pague un depósito por servicios que Medicare no cubre, hasta que Medicare rinda su decisión.

Usted debe pagar por cualquier **co-seguro** mientras se procese la cuenta en demanda, y por servicios no cubiertos por Medicare.

Si usted tiene preguntas sobre cuidado en un SNF, llame a su Intermediario Fiscal (ver páginas 51-54).

Las Agencias de Servicios de Salud en el Hogar deben proporcionarle un aviso que explique porque y cuando ellos creen que Medicare terminará de pagar por sus servicios de cuidado de salud en el hogar. Si usted cree que todavía necesitará servicios de cuidado de salud en el hogar, y cree que Medicare debería seguir pagando, usted puede pedirle a Medicare una decisión oficial.

◀ **Usted Está Protegido Cuando Termina su Cuidado de Salud en el Hogar**

Para obtener una decisión oficial, usted debe:

- Continuar recibiendo servicios de cuidado de salud en el hogar si usted cree que los necesita. Pregunte cuanto va costar. Le conviene tener una discusión con su médico y su familia sobre este asunto.
- Páguele a la agencia de servicios de salud en el hogar por estos servicios.
- Pídale a la agencia de servicios de cuidado de salud en el hogar que envíe su reclamo a Medicare, para que Medicare pueda decidir si pagará.

Si Medicare decide que pagará, usted puede ser reembolsado por todos sus pagos, excepto cualquier **co-seguro** por concepto de equipo médico duradero. Si Medicare decide no pagar, usted

Sus Derechos y Protecciones Con Medicare

recibirá una carta con instrucciones de como apelar. Usted siempre puede recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, si quiere pagar por ellos usted mismo. Si usted tiene preguntas sobre servicios de cuidado de salud en el hogar bajo el Plan Original de Medicare, llame a su Intermediario Regional de Salud en el Hogar (ver páginas 55-56). Si usted tiene preguntas sobre su cuidado en el hogar en un Plan de Servicios Administrados de Medicare, llame a su plan.

Sus Protecciones con Póliza Medigap

Puede ser que usted tenga el derecho a comprar una póliza Medigap, aún si tiene mala salud. Vea la página 25 para más información sobre estos derechos.

Usted Puede Protegerse a Si Mismo y a Medicare Contra el Fraude y Abuso

La mayoría de los médicos y otros tipos de proveedores de servicios de salud que trabajan con Medicare son honrados, y quieren proveerle servicios de salud. Hay unos pocos que no son honrados. Nosotros trabajamos arduamente con otras agencias del gobierno para proteger al programa de los pocos que tratan de robarle a Medicare.

Con la ayuda suya, de proveedores de servicios de salud, y de las autoridades, Medicare está resolviendo este problema. Medicare ha logrado encarcelar a algunos proveedores deshonestos, y otros se han sacado del programa Medicare. Estas acciones le han ahorrado dinero a los tributarios.

Cada vez que usted reciba servicios de salud con el Plan Original de Medicare, usted recibirá una Explicación de Beneficios Medicare o un Aviso Resumen de Medicare de la empresa que maneja

◀ **Que Puede Hacer
para Combatir el
Fraude y Abuso**

las cuentas de Medicare; esta dirá cuales fueron los servicios o suministros que se facturaron, y cuanto pagó Medicare. Revíselo por errores.

Asegúrese que a Medicare no se le cobró por servicios o suministros que usted no recibió. Si usted observa un cargo en su factura que cree está equivocado, llame al proveedor de servicios de salud y pregúntele de que se trata. Si usted cree que un proveedor puede estar robándole o abusando a Medicare, llame a su Agencia de Seguros Medicare o al Intermediario fiscal, cuyo número telefónico estará impreso en el margen superior del aviso.

Usted también puede llamar a la línea de emergencia del Inspector General para reportar fraude de Medicare. El número de la línea de emergencia es 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). Medicare no utilizará su nombre si usted pide que no se use.

Combatiendo el fraude y abuso le puede resultar provechoso: usted puede recibir una recompensa de hasta \$1,000 si:

- Usted reporte fraude y abuso de Medicare,

Y

- Su reporte resulta directamente en la recuperación de por lo menos \$100 de dinero de Medicare,

Y

- El fraude y abuso que usted reporta no estaba ya bajo investigación.

Si usted quiere saber más sobre este programa, llame a su Agencia de Seguros Medicare (ver páginas 42-46) o al Intermediario Fiscal (ver páginas 51-54).

◀ **Que Puede Hacer para Combatir el Fraude y Abuso (continuación)**

Preguntas y Respuestas

Sea que usted esté en el Plan Original de Medicare, o en un plan de Salud Administrada Medicare, usted tal vez quiera preguntar:

P1: ¿Qué pasa si tengo más de 65 años de edad y no me inscribí con Parte B cuando me volví elegible por primera vez?

Si usted no tomó la Parte B cuando se volvió elegible para Medicare por primera vez, es posible que todavía pueda inscribirse durante un Período de Inscripción General.

Esto ocurre del 1° de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Usted puede inscribirse con Parte A o Parte B en su oficina local del Seguro Social. Su cobertura Parte B comenzará el 1° de julio de ese mismo año. Recuerde, el costo de Parte B puede subir en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haberse inscrito con Parte B, pero no lo hizo, excepto en casos especiales (ver a continuación).

P2: ¿Cómo puedo inscribirme con Parte B si yo o mi cónyuge siguió trabajando después de los 65 años?

Muchas personas se retiran y comienzan con su cobertura de Medicare Parte B cuando llegan a los 65 años de edad. Sin embargo, es posible que usted o su cónyuge sigan trabajando. De ser así, es posible que usted quiera mantener cualquier cobertura en un plan de salud patronal o sindical que tenga por medio de su trabajo. Usted no tiene que inscribirse ni pagar por Parte B si ya tiene esta cobertura, sino que gozará posteriormente de otro Período de Inscripción Especial que le brindará una nueva oportunidad para inscribirse con Parte B, cuando le haga falta.

Usted puede inscribirse:

1. En cualquier momento que aún esté cubierto por el plan de salud de grupo de su empleador o sindicato, o

2. Dentro de 8 meses a partir de la fecha en que termine su cobertura por medio de su plan de grupo patronal o sindical, o cuando termine su empleo (el que ocurra primero).

Si usted está incapacitado y trabaja (o si tiene cobertura por medio de un familiar que trabaja), también se aplican las reglas del Período Especial de Inscripción.

La mayoría de las personas que se inscriben con Parte B durante un Período de Inscripción Especial no pagan **primas** más altas.

Para mayor información sobre Parte B, llame a su oficina local del Seguro Social, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para inscribirse con Parte B. Retirados Ferroviarios deben llamar a la Junta de Retiro Ferroviario (ver página 40).

P3: ¿Si viajo, cómo se afectan mis servicios de salud?

R: El Plan Original de Medicare por lo general no cubre cuidado fuera de los Estados Unidos, pero algunos planes de servicios de salud administrados Medicare y pólizas Medigap si lo cubren. Si usted es un Retirado Ferroviario, contacte a la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) o su Asegurador RRB para información sobre sus reglas sobre servicios de salud en otro país (ver página 40).

Los planes de servicios de salud administrados Medicare requieren que usted viva y reciba su cuidado dentro del área de servicio del plan. Si usted viaja frecuentemente, o si vive en otro Estado parte del año, usted debe llamar a su plan y preguntar si cubren servicios mientras usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

P4: ¿Medicare paga por medicinas recetadas para pacientes externos?

R: El Plan Original de Medicare no cubre medicinas recetadas para pacientes externos, excepto en unos pocos casos, por ejemplo ciertas medicinas contra cáncer. Sin embargo, muchos planes de servicios de salud administrados Medicare cubren medicinas recetadas para pacientes externos, dentro de límites determinados. Algunas pólizas Medigap también cubren ciertas medicinas recetadas para pacientes externos.

P5: ¿Si ya tengo Medicare y Medicaid, quién debe ser el primero en pagar mis cuentas por servicios de salud?

R: Sus cuentas siempre deben enviarse a Medicare primero. La porción de la cuenta que Medicare no paga luego será enviada a su programa Estatal de Medicaid para pagos adicionales.

P6: ¿Qué significa Pagador Secundario de Medicare?

R: Pagador Secundario de Medicare significa que otro seguro es el primero en pagar sus cuentas por servicios de salud, que Medicare es el segundo en pagar. Otros seguros que podrían tener que pagar primero incluyen: seguros de salud en planes de grupo patronales, seguros sin-culpa automovilísticos o no-automovilísticos, cualquier seguro de responsabilidad legal, beneficios por enfermedad pulmonar minera, y compensación de trabajadores. Es importante que usted informe al médico u hospital que usted tiene otros seguros. Si usted tiene preguntas sobre quien debe pagar primero, llame a su Agencia de Seguros Medicare (ver páginas 42-46).

P7: ¿Qué es un “Contrato Privado”, y cómo funciona?

R: Un Contrato Privado es un acuerdo entre usted y un médico que ha decidido no prestar sus servicios por medio del programa Medicare.

Bajo un contrato privado:

- Medicare no le pagará ni a usted ni al médico por los servicios que usted reciba.
- Usted tendrá que pagar lo que le cobre el médico (no hay límites sobre los honorarios).
- Los planes de servicios de salud administrados Medicare no pagarán por estos servicios.
- No debe presentarse ningún reclamo. Medicare no pagará si se presenta un reclamo.
- Si usted tiene una póliza Medigap, ésta no pagará nada por servicios recibidos bajo un contrato privado. Contacte a su empresa de seguros Medigap antes de recibir el servicio.
- Muchos otros planes de seguros tampoco pagarán por tales servicios.

El contrato privado se aplica únicamente a los servicios que usted recibe del médico que pidió que lo firmara. A usted no se le puede pedir que firme un contrato privado cuando enfrenta una emergencia o una situación de salud urgente. Es posible que usted quiera hablar con alguien en su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** antes de firmar un contrato privado (ver páginas 47-48). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir información sobre contratos privados.

Preguntas y Respuestas

Usted tiene la opción de pagar por cuenta propia por servicios no cubiertos por medio del Plan Original de Medicare. En tales casos, su médico no tiene que dejar de proveerle servicios por medio de Medicare, ni pedirle que firme un contrato privado. Usted siempre tiene el derecho de recibir servicios no-cubiertos por cuenta propia si está dispuesto a pagar por tales servicios usted mismo.

P8: ¿Qué es el “Problema del Año 2000” o “Y2K”?

R: La mayoría de los programas para computadoras utilizan fechas con sólo las dos últimas cifras del año, por lo que el año 2000 aparece como “00”. Esto puede causar problemas con muchos sistemas de computo. Para evitar estos problemas, el gobierno, los médicos, hospitales, y otros que usan computadoras están arreglando sus computadoras para que funcionen normalmente al pasar al año 2000.

P9: ¿Las computadoras de Medicare están preparadas para el año 2000?

R: Si. Las computadoras de Medicare están listas para el año 2000. También estamos trabajando con proveedores de servicios de salud, proveedores, y empresas que manejan las cuentas y los pagos de Medicare para asegurar que sus computadoras están preparadas. Usted no tendrá que pagar, por causa de un problema de computadora, ninguna cuenta que Medicare normalmente pagaría. Si usted necesita información general o si tiene problemas consiguiendo que le paguen una cuenta que usted cree se relaciona con este problema de computadora, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o vocal).

Si usted está en el Plan Original de Medicare, posiblemente quiera saber:

P10: ¿Cómo se pagan mis cuentas dentro del Plan Original de Medicare?

R: Cuando usted recibe servicios cubiertos bajo el Plan Original de Medicare, su proveedor le envía la cuenta a una empresa privada (el Intermediario Fiscal para servicios Parte A, o la Agencia de Seguros Medicare para servicios Parte B) que maneja las cuentas para Medicare. Una vez de que estos hayan procesado la cuenta, usted recibirá una Explicación de Beneficios de Medicare o un Aviso Resumen de Medicare. Por favor revise este aviso para asegurarse que a Medicare no se le cobró por ningún servicio, suministro médico, o equipo que usted no recibió. Si usted tiene cualquier pregunta sobre cuentas o servicios que se detallan en el aviso, llame al proveedor de servicios de salud y pregúntele de que se trata. Si usted no está de acuerdo con lo que está cubierto o con lo que se pagó, usted tiene el derecho de interponer una apelación (ver página 72). Si usted cree que el proveedor es deshonesto, lea la sección sobre fraude y abuso en página 76.

P11: ¿Cómo puedo averiguar si a Medicare se le cobró por los servicios que recibí?

R: Escríbale al proveedor de servicios de salud y pídale una factura detallada. Esta factura tendrá una lista de todo detalle o servicio que usted haya recibido de su doctor, hospital, o cualquier otro proveedor de servicios de salud.

P12: ¿Qué es la “asignación” dentro del Plan Original de Medicare?

R: En el Plan Original de Medicare, los médicos y otros proveedores que aceptan una asignación aceptan el monto aprobado por Medicare (el monto aprobado) por determinado servicio o suministro, como pago cabal y completo. (Usted todavía es responsable por cualquier monto de co-seguro). No se olvide de preguntarle siempre a sus doctores y proveedores médicos si aceptan asignación, ya que:

- ¡Le puede ahorrar dinero!
- Doctores que no aceptan asignación pueden obligarle a que pague el monto total que se les permite cobrar a la hora de brindar el servicio. Posteriormente, Medicare le reembolsará su porción de la cuenta.
- Doctores y otros proveedores de salud que no aceptan asignación pueden cobrar hasta un 15% adicional sobre los montos aprobados por Medicare (el costo límite). El costo límite no siempre es aplicable.

Para mayores detalles sobre asignación, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida su copia de: *¿Su Doctor o Proveedor Acepta Asignación?*

Si usted esta pensando que quiere meterse en un plan de Salud Administrada Medicare, tal vez quiera saber:

P13: ¿Porqué es que algunos planes de servicios de salud administrados Medicare se salen de Medicare?

R: Cada año, los planes de servicios de salud administrados tienen que decidir si quieren continuar trabajando con el programa Medicare, y si quieren alzar o bajar sus primas y

beneficios. Algunos planes de servicios de salud administrados toman la decisión empresarial de dejar a Medicare en ciertas áreas. Su plan tiene la obligación de informarle si tiene intención de salirse de Medicare al final del año. El aviso que le envía el plan le informará si se ofrecen otros planes de servicios de salud administrados Medicare dentro de su área, y de que protecciones usted dispone.

Si la calidad del plan es pobre, o si comete un fraude, se le puede pedir que se salga de Medicare. Usted recibirá un aviso antes de que esto ocurra. El aviso le informará como encontrar un plan nuevo, y de las protecciones de que usted dispone.

P14: ¿Qué hago si mi plan de Salud Administrada Medicare se sale de Medicare?

R: Si hay otros planes de servicios de salud administrados Medicare en su área, usted puede unirse a uno de ellos. Si no, usted también puede regresar al Plan Original de Medicare. Le conviene aprender todo lo posible sobre sus opciones antes de tomar una decisión. Sin importar cual opción usted escoja, siempre está en el programa Medicare y recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare. Usted puede leer sobre sus protecciones Medigap en la página 25.

P15: ¿Qué es un médico de atención primaria?

R: Un médico de atención primaria por lo general es un doctor familiar o internista que ofrece la atención médica básica y regular. En los planes de servicios de salud administrados, usted escoge o se le asigna un médico de

Preguntas y Respuestas

atención primaria inscrito con el plan. Con la participación suya, el o ella dirige su atención médica y le da el visto bueno cuando sea necesario consultar con especialistas que pertenecen al plan (ver pregunta 16 en la página 86).

Si usted ya tiene un doctor o especialista que le gusta, pregunte si el o ella es miembro del plan, y si continuaría viéndolo si usted se une al plan.

P16: ¿Qué es un referido?

R: En un plan de Salud Administrada Medicare, un referido es el visto bueno de su médico de atención primaria para que usted consulte a un especialista o reciba ciertos servicios. La mayoría de los planes de servicios de salud administrados Medicare requieren un referido.

Importante: Es posible que usted tenga que pagar toda la cuenta si:

- (1) usted consulta un médico que no sea el del referido, o
- (2) usted consulta un especialista o reciba un servicio sin tener un referido.

No necesita un referido para una emergencia, o atención que se necesita urgentemente (pregunta 17).

P17: ¿Qué constituye una emergencia médica? ¿Cómo puedo recibir atención de emergencia?

R: Una emergencia médica es cuando usted cree que su salud se encuentra en grave peligro cuando cada segundo cuenta. Puede que usted sufra un dolor agudo, una herida seria, una enfermedad repentina, o una enfermedad que súbitamente se empeora. Todo plan de Salud Administrada Medicare debe permitirle recibir servicios de

emergencia, en cualquier momento que usted los necesite, de cualquier proveedor en los Estados Unidos. No es necesario que usted primero consiga permiso de su médico de atención primaria. Su plan tiene obligación de pagar por la atención de emergencia. Si usted recibe una cuenta, entréguéselo al plan para que lo pague. Si su plan no paga por su servicio de emergencia, usted tiene el derecho de apelar (ver página 72).

P18: ¿Qué es “atención urgente”? ¿Cómo puedo recibir atención urgente?

R: Cuando usted necesite cuidado para una enfermedad o herida repentina, pero no es una emergencia médica, eso constituye “atención urgentemente necesitada”. Usted puede obtener atención urgente de su médico de atención primaria. Sin embargo, si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan de salud Medicare por un breve tiempo, y no puede esperar hasta regresar a su casa, su plan debe pagar por la atención urgente. Si no lo paga, usted tiene el derecho de apelar.

Si usted requiere servicios de salud especializados, tal vez quiere preguntar:

P19: ¿Cómo puedo obtener información sobre cuidado en el hogar, de hospicio, o de salud mental, o cuidado en un centro de enfermería especializada?

R: Medicare paga por una variedad de servicios si usted necesita atención en el hogar, en un hospicio (para pacientes con enfermedades terminales), cuidado de salud mental, o atención en un centro de enfermería especializada. Usted debe cumplir con ciertas condiciones para calificar para estos tipos de servicios.

Preguntas sobre:

Servicios de Salud en el Hogar o en un Hospicio - Llame a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar (ver páginas 55-56) o pida folletos sobre estos temas al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Cuidado de la Salud Mental - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada -

Llame a su Intermediario Fiscal (ver páginas 51-54, o pida una copia de *The Guide to Choosing a Nursing Home (La Guía para escoger una casa para el cuidado de ancianos o enfermos)*, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)).

Usted también puede encontrar estos folletos en el Internet en www.medicare.gov.

P20: ¿Qué es cuidado a largo plazo?

R: Cuidado a largo plazo es cuidado que le ayuda con sus quehaceres diarios, como bañarse, vestirse, el aseo, y las comidas. Este cuidado puede brindarlo fácil y seguramente una persona sin especialización profesional o entrenamiento. Usted puede conseguir cuidado a largo plazo en su casa o en un asilo para ancianos si está incapacitado o tiene una enfermedad de largo plazo. Vea la pregunta 21 para información sobre como pagar.

P21: ¿Quién paga por el cuidado a largo plazo?

R: Por lo general Medicare no paga por cuidado a largo plazo. Si sus ingresos y recursos son limitados, su Estado tal vez pueda ayudarle a pagar por cuidado a largo plazo. Si usted califica tanto para Medicare como para **Medicaid**, la mayoría de los gastos por servicios de salud quedarán cubiertos. Es posible que usted también califique para el

beneficio de asilo para mayores Medicaid. Llame a su oficina estatal de asistencia médica para conseguir más información (ver páginas 64-66).

Usted puede comprar un seguro de cuidado médico de largo plazo por medio de una empresa privada de seguros, pero verifique que el agente tiene licencia en su Estado. Cada póliza puede ser diferente. Contacte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para más información (ver páginas 47-48) o escriba a: National Association of Insurance Commissioners, Publications Dept., 120 West 12th Street, Suite 1100, Kansas City, MO, 64105. Pida una copia de

- A Shopper's Guide to Long-Term Care Insurance. La Guía para el Comprador de Seguros de Cuidado a Largo Plazo Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir una copia de
- The Guide to Health Insurance for People with Medicare. Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare.

P22: ¿Cómo puedo averiguar sobre asilos para ancianos en mi área?

R: Ahora usted puede conseguir información importante sobre los asilos para ancianos en su área por vía del Internet, en www.medicare.gov. Busque en "Nursing Home Compare" (Comparar asilos de ancianos) para ver donde se encuentran en su área, cual es su tamaño, y si se han reportado problemas. Si usted no tiene computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores tal vez pueda ayudarlo a encontrar esta información.

Publicaciones Gratuitas Sobre Medicare y Temas Relacionados

Para solicitar una copia de...

- *Does your Doctor or Supplier Accept Assignment*
¿Su Médico o Proveedor Acepta Asignación?
- Guide to Choosing a Nursing Home
Guía Para Escoger un Asilo para Ancianos
- Guide to Health Insurance for People with Medicare
Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare
- Health Plan Comparison Information
Información sobre como Comparar Planes de Salud
- Learning About Medicare Health Plans
Aprendiendo sobre Planes de Salud Medicare
- Medicare Coverage of Kidney Dialysis and Kidney Transplant Services
Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Servicios de Transplante de los Riñones
- Medicare Health Plan Quality and Satisfaction Information
Información sobre la Calidad de Planes Medicare y Satisfacción
- Medicare Home Health Care Services
Servicios de Cuidado de la Salud en el Hogar Medicare
- Medicare Hospice Benefits
Beneficios de Hospicio Medicare
- Medicare Preventive Services
Servicios Preventivos Medicare
- Medicare Supplemental Insurance (Medigap) Policies and Protections
Pólizas y Protecciones de Seguro Supplemental Medicare (Medigap)

- Medicare & You
Medicare y Usted (puede conseguirse en Inglés, Español, audiocassette, o Braille)
- Worksheet for Comparing Medicare Health Plans
Tabla para Comparar Planes de Salud Medicare
- Your Guide to Medicare Medical Savings Accounts
Su Guía para Cuentas de Ahorro Médico
- Your Guide to Private Fee-for-Service Plans
Su Guía para Planes Privados de Pago-por-Servicio

Llame a: 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227, TTY/TDD:

1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o vocal).

Para pedir copia de....

- *A Shopper's Guide to Long-term Care Insurance*
La Guía para el Comprador de Seguros de Cuidado a Largo Plazo

Escriba a:

NAIC

Publications Dept.

120 West 12th Street

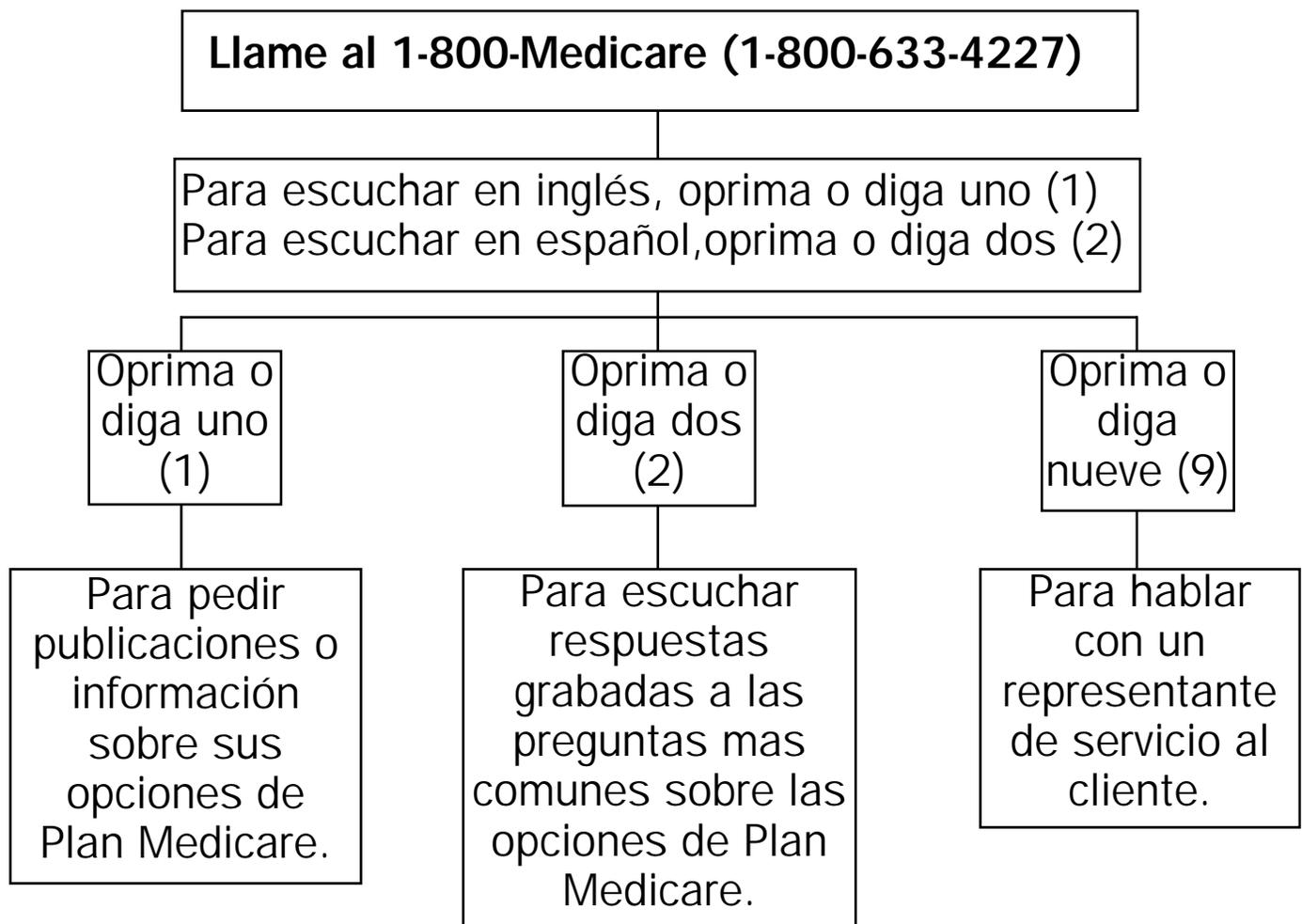
Suite 1100

Kansas City, MO, 64105

Para Más Información

Llame al 1-800-MEDICARE para:

- Conseguir más ayuda con sus preguntas sobre Medicare.
- Solicitar publicaciones de Medicare. (Algunas se pueden conseguir en inglés, español, audiocasette, y Braille).
- Solicitar información detallada sobre los planes de servicios de salud administrados Medicare en su área.
- Solicitar información sobre la calidad y satisfacción del cliente con planes de salud Medicare.
- Escuche respuestas grabadas a preguntas sobre temas como las opciones de planes Medicare, e información sobre la calidad de planes de salud.



Datos Importantes Sobre 1-800-MEDICARE

- Si usted tiene un impedimento auditivo o vocal, llame gratis a nuestro número TTY/TDD al 1-877-486-2048 para estas opciones.
- Si usted tiene un teléfono de botones, oprima los números indicados. Si tiene un teléfono rotario, o si le es difícil marcar, después de haber marcado 1-800-633-4227 usted puede sencillamente pronunciar los números para pedir lo que desea.
- Usted puede escuchar grabaciones con respuestas a preguntas frecuentes, y puede solicitar publicaciones las 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Usted puede hablar con un Representante de Servicio al Cliente entre las 8:00 a.m. y 4:30 p.m. (su hora local), de lunes a viernes.

Definiciones de Terminología Importante

Período de Beneficios - La forma en que Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día que usted va a un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si usted entra en el hospital después de que se haya terminado un período de beneficios, empieza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible por paciente interno de hospital para cada período de beneficios. No hay límite al número de períodos de beneficios que usted puede usar.

Co-seguro - El porcentaje del monto aprobado por Medicare que usted tiene que pagar después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o Parte B. En el Plan Original de Medicare, el pago del co-seguro es un porcentaje del costo del servicio (por ejemplo, el 20%).

Co-pago - En algunos planes de seguro Medicare, es el monto que usted paga por cada servicio médico que recibe, por ejemplo, una consulta médica. En el programa Medicare, el co-pago usualmente es un monto fijo que se paga por servicio, por ejemplo \$5 o \$10.

Deducible - El monto que usted debe pagar por servicios de salud, antes de que Medicare comience a pagar. Existe un deducible por cada período de beneficios para la Parte A, y por cada año para la Parte B. Estos montos pueden variar de año en año.

Medicaid - Un programa conjunto Federal y Estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían entre Estado y Estado, pero cubren la mayoría de los costos de servicios de salud si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicamento Necesario - Servicios o suministros que:

- son apropiados y necesarios para diagnosticar o tratar su condición médica;
- se proveen para el diagnóstico, atención directa, y tratamiento de su condición médica;
- satisfacen las normas de la buena práctica médica en la comunidad médica de su área local; y
- no son primariamente para la conveniencia de su doctor.

Medicare + Opción - Un nuevo programa de Medicare que ofrece mayores opciones entre planes de salud Medicare. Toda persona que tenga Partes A y B de Medicare es elegible, con la excepción de aquellos que padezcan de Enfermedad Renal de Etapa Final.

Peer Review Organization (PRO) - Organización de Revisión de Normas Profesionales. Grupos de médicos activos y otros expertos pagados por el Gobierno Federal para que vigilen y mejoren la calidad del cuidado que se le brinda a pacientes de Medicare. Tienen la obligación de revisar sus quejas sobre la calidad de la atención que ofrecen hospitales internos, departamentos externos de hospitales, salas de emergencia de los hospitales, centros de enfermería especializada, agencias de salud en el hogar, planes de servicios de salud administrados Medicare, y centros quirúrgicos externos.

Prima - Su pago mensual por cobertura de servicios de salud a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de servicios de salud.

Días Reserva - Los 60 días que Medicare pagará cuando usted se encuentre en un hospital por más de 90 días. Estos 60 días de reserva sólo pueden utilizarse una vez durante su vida. Por cada día reserva durante su vida, Medicare pagará todos los gastos cubiertos, excepto un co-seguro diario (\$384 en 1999).

Definiciones de Terminología Importante

Cuidado Especializado - Un nivel de cuidado que debe proporcionarse o manejarse por profesionales licenciados en servicios de salud, y que está bajo la dirección general de un médico. Con este tipo de servicio se atienden todas sus necesidades, incluyendo servicios directos. Si usted necesita cuidado especializado, no importa si su enfermedad es aguda, crónica, o terminal. No queda cubierto ningún servicio que pueda ofrecerse seguramente por una persona ordinaria, no-médica (o por uno mismo), y sin la supervisión directa de un profesional licenciado en servicios de salud.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) - Una organización Estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer consejería gratis sobre los seguros de salud, y asistencia a personas con Medicare.

	Página(s)
1-800-MEDICARE Línea Gratis	92
Abrazaderas (brazo, pierna, espalda, cuello)	16
Agencia de Seguros Medicare	13, 36, 42-46, 76, 77, 80, 83
Anteojos	16
Aparatos para Sordos	17
Apelaciones	70-75, 87
Área de Servicio	28-29, 79, 87
Asignación	12-16, 83
Asilos para Ancianos	37, 57-60, 74, 89-90
Aviso Resumen de Medicare	22, 72, 76, 83
Beneficiario Calificado de Medicare	18, 64-66
Beneficiario Especificado de Bajo Ingreso	18, 64-66
Beneficios por Enfermedad Pulmonar Minera	80
Brazos, Piernas, y Ojos Artificiales	16
Calidad (de Plan)	29-30, 85, 90
Cargo Limitador	84
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	7, 9, 51-54, 74, 88
Centro Siquiátrico Cuidado Especializado	9
Cirugía para las Cataratas	16
Cobertura de Exámenes Diagnósticos	17
Cobertura de Salud Patronal	20, 23-24, 78-79
Cobertura de Salud Sindical	20, 21, 23, 24
Colonoscopia	14
Compensación del Trabajador	80
Co-Seguro	16, 17, 22, 74, 84, 94

Indice

	Página(s)
Costos Directos de Bolsillo	17, 20, 23, 29
Contrato Privado	80-81
Cuentas de Ahorro Medico Medicare	35-90
Cuentas (Reclamos) Monto Aprobado	42-46, 51-54, 75, 80, 83
Cuidado Custodial	17
Cuidado Dental	17
Cuidado de Emergencia	16, 70, 86
Cuidado de Hospicio	7, 10, 38, 55-56, 87
Cuidado de Inscripción Admininstrada	32
Cuidado de los Ojos	17
Cuidado del Pie	17
Cuidado de Relevó	10
Cuidado de la Salud en el Hogar	7, 10, 13, 38, 55-56, 75, 87
Cuidado de la Salud Mental	9, 12, 87
Cuidado Urgente	87
Deducible	15, 16, 17, 22, 94
Definiciones	94-96
Departamento de Veteranos de los Estados Unidos	20
Derechos	25-26, 33-34, 70-71, 86-87
Diálisis de los Riñones (transplantes)	6, 16, 90
Días Reserva	9-95
Discriminación	41, 73
Eligibilidad (Parte B)	7, 78
Enfermedad Renal de Etapa Final	6, 28
Equipo Medico Duradero	10, 13, 37, 49-50, 75

	Página(s)
Especialista	6, 22, 28, 71, 85-86
Evaluación de Co-Pagos del Consumidor	9-13, 17-18, 94
Examen de Sangre Fecal Oculta	14
Examen Papanicolau	15
Examen para el Cáncer Colorectal	15
Exámenes Digitales Rectales	15
Exámenes Físicos	12, 17
Exámenes para el Cáncer de la Próstata	15
Explicación del Aviso de Beneficios Medicare	22, 72, 76, 83
Fraude y Abuso	38, 40, 76-77, 83, 85
Hepatitis B	16
Hospital(es) (cuidado, cobertura)	6, 9-13, 51-54
Individuo Calificado	18, 64-66
Inscripción Abierta Medigap	25
Inspector General	38, 40, 76
Intermediario Fiscal	11, 37, 51-54, 74, 77, 83
Intermediario Regional de la Salud en el Hogar	10, 38, 55-56, 75
Internet	26, 30, 34, 88
Lancetas	14
Libretos/Folletos con Mas Información	90
Mamografía	15
Medicare + Opción	21, 95
Medicinas Recetadas	6, 17, 28, 80
Medicare SELECT	24-25
Medición de la Masa Ósea	14

Indice

	Página(s)
Médico de Atención Primaria . . . . .	.85, 86
Medigap . . . . .	.24-26, 34, 36, 47-48, 75, 79-80, 90
Monitoreo de Diabetes . . . . .	.14
Monitoreo de la Glucosa . . . . .	.14
Números Telefónicos para Buscar Ayuda . . . . .	.36-68
Oficina para los Derechos Civiles . . . . .	.38, 41, 73
Opción Punto-de-Servicio . . . . .	.28
Opciones en Planes de Salud . . . . .	.20-35, 36-41, 95
Organización de Revisión de Normas Profesionales . . . . .	.38, 57-60, 74, 95
Pagador Secundario Medicare . . . . .	.80
Parte A (Seguro de Hospital) . . . . .	.7-8, 12-17, 27, 28, 51-54
Parte B (Seguro Médico) . . . . .	.7-8, 12-17, 27, 28, 42-46
Período de Beneficios . . . . .	.9-10, 94
Período de Inscripción Especial . . . . .	.78
Período de Inscripción General . . . . .	.78
Plan Original de Medicare . . . . .	.6-18, 21-26, 70-72, 75, 78-84
Planes Medicare de Salud Administrada . . . . .	.6, 27-35, 36, 70-72, 78-82, 84-87
Planes Privados de Pago-por-Servicio . . . . .	.35, 90
Pólizas Medigap . . . . .	.24-26, 47-48, 90
Preaviso al Beneficiario (ABN) . . . . .	.73
Preguntas y Respuestas . . . . .	.78-89
Prima . . . . .	.7, 17, 18, 22, 27, 29, 31, 84, 95
Programa de Seguros de Salud para Niños . . . . .	.19

	Página(s)
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	26, 31, 36, 47-48, 81, 89, 96
Prueba Especifica de Antígeno para la Próstata	15
Prótesis	16
Protecciones	73-77
Publicaciones	37, 90
Quejas/Reclamos	31, 57-60, 72
Rayos-X	17
Referidos	28, 86
Retirado Ferroviario	8, 22, 39-40, 79
Retirado Militar	20
Retiro del Servicio Civil	8, 22
Sangre	13
Seguro Social	8, 19, 22, 27, 33, 36, 41, 79
Servicios Cubiertos (Parte A y Parte B)	7-18, 78
Servicios de Ambulancia	16
Servicios de Hospital Externos	12
Servicios de Laboratorio Clínico	12
Servicios de Practicante de Enfermería	17
Servicios de Sicólogo Clínico	17
Servicios de Trabajador Social Clínico	17
Servicios Ópticos	17
Servicios Preventivos	14-17, 96
Servicios Quiroprácticos	16
Tarjeta Medicare	7, 19, 22

Indice

	Página(s)
Terapia Física . . . . .	.10, 12, 18
Terapia Ocupacional . . . . .	.12, 18
Terapia Vocal . . . . .	.10, 12, 18
Trabajador Social . . . . .	.17
Transplantes . . . . .	.17
Vacuna Contra la Gripe . . . . .	.16
Vacuna Contra la Pulmonía . . . . .	.16
Vacunas . . . . .	.16-17
Veteranos . . . . .	.20
Viajes . . . . .	.17, 23, 79
Y2K (Año 2000) . . . . .	.82
Zapatos Ortopédicos . . . . .	.17

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Administración para el Financiamiento de
Servicios de Salud
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por Uso Privado, \$300

Publicación No. HCFA - 10050-LS
Revisado en 1999

Medicare & You 2000 (Sp)

Manual Nacional de Medicare, con lista de teléfonos locales.

Para conseguir este manual en audiocassette, en letra grande, o en Braille, llame al 1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o vocal.



Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o busque en el Internet en www.medicare.gov para conseguir ayuda con sus preguntas sobre Medicare.

Do you need a copy in English? Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 for the speech and hearing impaired.)